

CARTA DE NSLP / SBP A LOS HOGARES

Estimado padre / tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. _____ ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta \$ _____; y el almuerzo \$ _____. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a un precio reducido. El precio reducido es de \$ _____ para el desayuno y \$ _____ para el almuerzo. Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, utilice la Solicitud de elegibilidad, que se adjunta. No podemos aprobar una solicitud que esté incompleta, así que asegúrese de llenar toda la información necesaria. Devuelva la solicitud completa a: _____.

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla.

Pautas de elegibilidad por ingresos Efectivas a partir del 1 de julio de 2017, al 30 de junio 2018 Comidas a precio reducido 185% Guía federal de pobreza					
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	22,311	1,860	930	859	430
2	30,044	2,540	1,252	1,156	578
3	37,777	3,149	1,575	1,453	727
4	45,510	3,793	1,897	1,751	876
5	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
6	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
7	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
8	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Por cada miembro adicional, agregue	7,733	645	323	298	149

1. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. Complete la forma para solicitar comidas gratis o a precio reducido. Use una Solicitud de Elegibilidad para todos los estudiantes en su hogar por distrito. No podemos aprobar una solicitud que esté incompleta, así que asegúrese de llenar toda la información necesaria. Devuelva la solicitud completa a la escuela.
2. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS? Los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP), Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) y / o son hijos de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o tribunal son elegibles para recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas si los ingresos brutos de su familia están dentro de los límites de la Tabla federal de ingresos. Los niños que cumplen con la definición de desamparados, huídor o migrantes también son elegibles para recibir comidas gratis. Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese con la escuela para ver si su hijo(a) califica.
3. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIO REDUCIDO? Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido en la Tabla Federal de Ingresos, que se muestra arriba.
4. UN MIEMBRO DE MI FAMILIA RECIBIÓ SNAP O TANF. LA ESCUELA ENVIÓ UNA CARTA INDICANDO QUE MI HIJO ESTÁ AUTOMÁTICAMENTE APROBADO PARA COMIDAS GRATUITAS BASADO EN LA CERTIFICACIÓN DIRECTA. ¿NECESITO HACER ALGO MÁS PARA ASEGURAR QUE MI HIJO RECIBA COMIDAS GRATIS? No. Usted no necesita hacer nada más para recibir comidas gratuitas para su hijo. Si usted tiene estudiantes que no figuran en la carta, comuníquese con la escuela inmediatamente. Si no desea recibir las comidas gratis, usted debe seguir los pasos indicados en la carta de la escuela para notificar al personal de la escuela inmediatamente.
5. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR OTRA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solo para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Usted debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya dicho que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
6. RECIBO WIC. ¿MI(S) NIÑO(S) PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATIS? Niños en hogares que participan en WIC podrían ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor llene la solicitud adjunta.
7. ¿LA INFORMACIÓN QUE DOY SE CONTROLA? Sí. También podemos pedirle que envíe prueba escrita.
8. SI NO CALIFICO AHORA ¿PUEDO SOLICITAR MÁS TARDE? Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que queda sin empleo pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar cae por debajo del límite de ingresos.
9. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Usted debe hablar con las autoridades escolares. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a la persona mencionada anteriormente.
10. ¿PUEDO APLICAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO DE EE.UU.? Sí. Usted o su hijo (a) no tiene que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido.
11. ¿A QUIEN DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA? Usted debe incluir a todas las personas que viven en su casa, sean parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos) que compartan ingresos y gastos. Usted debe incluirse a sí mismo ya todos los niños que viven con usted. Si usted vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, las personas que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos y que pagan una parte prorrateada de los gastos), no los incluya.
12. ¿QUÉ PASA SI MI INGRESO NO ES SIEMPRE EL MISMO? Anote la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$ 1000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$ 900, anote que usted recibe \$ 1000 al mes. Si usted generalmente cobra por horas extras, incluya esa cantidad, pero no es necesario incluirla si solo trabaja horas extras a veces. Si usted ha perdido un trabajo o redujo sus horas o ganancias, utilice sus ingresos actuales.
13. ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿INCLUIMOS NUESTRO SUBSIDIO DE VIVIENDA COMO INGRESOS? Si usted recibe un subsidio de vivienda fuera de la base, debe incluirlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de viviendas para militares usted no necesita incluir el subsidio para vivienda como ingreso.
14. MI CÓNYUGE ESTÁ EN UNA ZONA DE COMBATE. ¿SU PAGA DE COMBATE CUENTA COMO INGRESO? No, si la paga de combate es recibida además de su salario básico debido a su implementación y que no fue recibido antes de que fuera desplegado, la paga por combate no se cuenta como ingreso. Póngase en contacto con su escuela para más información.
15. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR? Para saber cómo solicitar SNAP, TANF u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local del Departamento de Servicios Humanos o llame al (800) 843-6154 (voz) o (800) 447-6404 (TTY).

Atentamente,

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR SU SOLICITUD – COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR POR DISTRITO ESCOLAR SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA:

Parte 1: Haga una lista de los miembros de su hogar, con la escuela y el grado de cada estudiante, y un número de caso de SNAP o TANF para todos los miembros del hogar, incluidos los adultos, que reciban tales beneficios. (Anexe otra hoja de papel de ser necesario).

Parte 2: Saltee esta parte.

Parte 3: Saltee esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. (No son necesarios los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social)

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

SI NINGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS SNAP O TANF Y SI NINGÚN NIÑO QUE VIVE ALLÍ ES UNA PERSONA SIN HOGAR, MIGRANTE O FUGADO DE SU HOGAR O EN EL PROGRAMA HEAD START/EVEN START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA:

Parte 1: Haga una lista de los miembros de su hogar y el nombre de la escuela para cada hijo/a.

Parte 2: Si cualquier hijo/a por el cual está presentando una solicitud es una persona sin hogar, migrante o fugada de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

Parte 3: Complete sólo si un hijo en su hogar no es elegible bajo la Parte 2. Vea las instrucciones para Todos los Demás Hogares.

Parte 4: Firme el formulario. Sólo si la parte 3 ha sido completada, por favor incluya los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social. (o marque la casilla si él/ella no tiene dicho número).

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

SI ESTÁ PRESENTANDO UNA SOLICITUD PARA UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA:

Si todos los hijos en el hogar son hijos de crianza que se encuentran bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidados de crianza o uibunal:

Parte 1: Haga una lista de todos los hijos de crianza y del nombre de la escuela de cada hijo. Marque la casilla "Hijo de crianza" para cada hijo de crianza.

Parte 2: Saltee esta parte.

Parte 3: Saltee esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. No son necesarios los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social.

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

Si algunos de los hijos en el hogar son hijos de crianza que se encuentran bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidados de crianza o un tribunal:

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y del nombre de la escuela de cada hijo. En el caso de cualquier persona sin ingreso, incluidos niños, tiene que marcar la casilla "Sin ingreso". Marque la casilla "Hijo de crianza" para cada hijo de crianza.

Parte 2: Si cualquier hijo/a por el cual está presentando una solicitud es una persona sin hogar, migrante o fugada de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

Parte 3: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1–Nombre:** Haga una lista de todos los miembros del hogar con un ingreso.
- **Casilla 2 –Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar, mencione cada tipo de ingreso recibido en el mes. Tiene que decir con qué frecuencia se recibe el dinero (por semana, cada dos semanas, dos veces al mes o por mes). Para los ingresos, asegúrese de colocar el ingreso bruto, no el salario de bolsillo. El ingreso bruto es el monto ganado antes de impuestos y otras deducciones. Usted debería encontrar ese monto en su recibo de pago, o su jefe puede decirle. Para otros ingresos, mencione la cantidad que recibió cada persona en el mes en concepto de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Beneficios para Veteranos (beneficios VA), y beneficios por discapacidad. Bajo el ítem Todos los Demás Ingresos, coloque indemnización por accidentes de trabajo, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos por cuidados de crianza recibidos por la familia de parte de la agencia colocadora. sólo si es un trabajador independiente, informe el ingreso después de gastos debajo de ingresos del trabajo. esto es para su empresa, granja o propiedad de alquiler. si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe una paga por combate, no incluya estas pagas como ingreso.

Parte 4: Los miembros adultos del hogar tienen que firmar el formulario y escribir al menos los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si él/ ella no tiene uno).

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUIDOS LOS HOGARES WIC, DEBEN SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela para cada hijo. En el caso de cualquier persona sin ingreso, incluidos los hijos, tiene que marcar la casilla "Sin ingreso".

Parte 2: Si cualquier hijo/a por el cual está presentando una solicitud es una persona sin hogar, migrante o fugada de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

Parte 3: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1–Nombre:** Haga una lista de todos los miembros del hogar con un ingreso.

- **Casilla 2 –Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar, mencione cada tipo de ingreso recibido en el mes. Tiene que decir con qué frecuencia se recibe el dinero (por semana, cada dos semanas, dos veces al mes o por mes). Para los ingresos, asegúrese de colocar el ingreso bruto, no el salario de bolsillo. El ingreso bruto es el monto ganado antes de impuestos y otras deducciones. Usted debería encontrar ese monto en su recibo de pago, o su jefe puede decirle. Para otros ingresos, mencione la cantidad que recibió cada persona en el mes en concepto de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Beneficios para Veteranos (beneficios VA), y beneficios por discapacidad. Bajo el ítem Todos los Demás Ingresos, coloque indemnización por accidentes de trabajo, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos por cuidados de crianza recibidos por la familia de parte de la agencia colocadora. sólo si es un trabajador independiente, informe el ingreso después de gastos debajo de ingresos del trabajo. esto es para su empresa, granja o propiedad de alquiler. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe una paga por combate, no incluya estas pagas como ingreso.

Parte 4: Los miembros adultos del hogar tienen que firmar el formulario y escribir al menos los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si él/ ella no tiene uno).

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

Declaración de la Ley de Privacidad: **Esto explica cómo usaremos la información que nos brinde.** La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. Usted no está obligado a suministrar esta información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo/a para que reciba comidas gratuitas o con precio reducido. Tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no se requieren cuando usted presenta una solicitud en nombre de un hijo de crianza o cuando usted incluye un Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), un Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o un número de caso del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo/a o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir comidas gratuitas o con precio reducido, y para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con auditores para las revisiones de los programas y con agentes del orden para ayudarles a detectar violaciones de las reglas de los programas.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture,
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Check if Error Prone Application

1. Todos los miembros del hogar (Anexe otra hoja de papel de ser necesario.)

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Nombre, Apellido	(para estudiantes solamente)		NÚMERO DE CASO SNAP O TANF										Marque si es hijo de crianza*			
	Nombre de la escuela	Grado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>

2. Sin hogar, migrante, fugitivo, o Head Start (categóricamente elegible)

* Un hijo de crianza es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o una corte.

Sin hogar Migrante Fugitivo Head Start

Firma de su Enlace escolar sin hogar, Coordinador de migración, o Director de Head Start _____ Fecha _____

3. Total de ingresos brutos del hogar (antes de deducciones) Usted debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

A. NOMBRES (LISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	INGRESO BRUTO Y QUÉ TAN A MENUDO LO RECIBE (EJEMPLO: \$100/MES; \$100 /DOS VECES AL MES; \$100/CADA DOS SEMANAS; \$100/SEMANA)							
	Ingresos del trabajo (Antes de las deducciones)		Bienestar, Manutención, Pensión alimenticia		Pensiones, Retiro, Seguro social		Comp. del trabajador, Desempleo, SSI, etc. (Cualquier otro ingreso)	
	B. Monto	¿Qué tan a menudo?	C. Monto	¿Qué tan a menudo?	D. Monto	¿Qué tan a menudo?	E. Monto	¿Qué tan a menudo?
i.	\$		\$		\$		\$	
ii.	\$		\$		\$		\$	
iii.	\$		\$		\$		\$	
iv.	\$		\$		\$		\$	
v.	\$		\$		\$		\$	

4. Signature and Social Security Number (Adult must sign)

Un adulto debe firmar la solicitud. Si la Parte 3 se ha completado o si no hay ingresos marcados en la Parte 1, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla *No tengo un número de seguro social*. X X X - X X - ____ ____ Yo no tengo un seguro social

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que doy. Entiendo que oficiales escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Fecha _____

Nombre impreso de un miembro adulto _____

Firma de un miembro adulto del hogar _____

5. Contact Information (Optional)

Work Telephone Number (Include Area Code) _____

Home Telephone Number (Include Area Code) _____

Home Address (Number, Street, City, State, Zip Code) _____

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional)

Marque una identidad étnica:

- Hispano / Latino
- No Hispano / Latino

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- Blanco
- Indígena de los EE.UU. o Alaska

7. Compartiendo información con el programa All Kids—All Kids es un programa de salud completa para todos los niños de Illinois.

¡No! Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud de Elegibilidad del hogar sea compartida con All Kids. Firme aquí: _____

– LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE –

INITIAL DETERMINATION

TOTAL INCOME \$ _____ Per: Week Every 2 Weeks Twice a Month Month Year NUMBER IN HOUSEHOLD: _____ CHANGE IN STATUS: _____ Date _____

LEAs must annualize income only when multiple incomes, at varying frequencies, are reported.

Annual Income Conversion Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Once a Month X 12

Free based on:

- homeless
- migrant
- runaway
- Head Start
- SNAP or TANF
- foster child
- household's income

Reduced based on:

- household's income

Denied—Reason:

- income too high
- incomplete application
- Non-qualifying SNAP/TANF

Signature of Determining Official _____

Date Withdrawn: _____ Date: _____

THE FOLLOWING SECTIONS ARE NOT REQUIRED FOR SCHOOLS/DISTRICTS THAT ONLY PARTICIPATE IN ILLINOIS FREE AND/OR SPECIAL MILK PROGRAMS

CONFIRMATION (Prior to verification and only for those applications selected for verification.)

Signature of Confirming Official _____

Date: _____

VERIFICATION

DIRECT VERIFICATION COMPLETED <input type="checkbox"/>	INITIAL DETERMINATION	VERIFICATION RESULTS:	REASON FOR CHANGE:	DATE NOTICE OF STATUS CHANGE SENT: _____
DATE VERIFICATION NOTICE SENT: _____	<input type="checkbox"/> Free based on SNAP/TANF case number	<input type="checkbox"/> No Change	<input type="checkbox"/> Income: \$ _____	EFFECTIVE DATE OF STATUS CHANGE: _____
DATE RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD: _____ (recommend 10 calendar days)	<input type="checkbox"/> Free based on income	<input type="checkbox"/> Free to Reduced	<input type="checkbox"/> Household Size: _____	
	<input type="checkbox"/> Reduced based on income	<input type="checkbox"/> Free to Paid	<input type="checkbox"/> Change in SNAP/TANF	
		<input type="checkbox"/> Reduced to Free	<input type="checkbox"/> Did not respond	
		<input type="checkbox"/> Reduced to Paid	<input type="checkbox"/> Other: _____	
DATE, METHOD, RESULTS OF FOLLOW-UP: _____ (recommend 3 business days)	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Personal Contact	Verifying Official's Signature _____		Date: _____