School Year [2026–27] Learning Works Charter School - Application for Free and Reduced-Price Meals

Complete one application per household.

This institution is an equal opportunity provider.

California *Education Code* Section 49557(a): Applications for free and reduced-price meals may be submitted at any time during a school day. Children participating in the federal National School Lunch Program will not be overtly identified by the use of special tokens, special tickets, special serving lines, separate entrances, separate dining areas, or by any other means.

STEP 1 – STUDENT INFORMATION

Children in **Foster Care** and children who meet the definition of **Homeless**, **Migrant**, or **Runaway** are eligible for free meals.

Print the name of **EACH STUDENT** (First, Middle Initial, Last)	Enter **school name** and **grade level**		Enter **student's birthdate**	Check the applicable box if the student is **foster**, **homeless**, **migrant**, or **runaway**.			
				Foster	Homeless	Migrant	Runaway
EXAMPLE: Joseph P Adams	**Lincoln Elementary**	**1st**	**12-15-2010**				
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

STEP 2 – ASSISTANCE PROGRAMS: CalFresh, CalWORKs, or FDPIR

Do ANY household members (child or adult) currently participate in CalFresh, CalWORKs or FDPIR? **If NO**, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

If YES, check the applicable program box, enter one case number, skip STEP 3, and continue to STEP 4.	**Select Program Type:** ☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs** ☐ **FDPIR**	**Enter Case Number:**

STEP 3 – REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Skip this step if you answered 'YES' in STEP 2)

A. STUDENT INCOME: Sometimes students in the household earn income. Enter the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars earned by all students listed in STEP 1. **Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Total Student Income	**How Often**
$	

B. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS (including yourself): List **ALL** household members not listed in STEP 1, **even if they do not receive income**. For each household member, report the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars for each source. If the household member does not receive income from any sources, write "0". If you enter "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly

Print the name of **ALL OTHER** Household Members (First and Last)	Earnings from Work	**How Often**	Public Assistance/SSI/ Child Support/Alimony	**How Often**	Pensions/Retirement/ All Other Income	**How Often**
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	

C. Total Household Members (Children and Adults)

D. Enter the last four digits of Social Security number (SSN) from the Primary Wage Earner or Other Adult Household Member

Check the box if NO SSN ☐

STEP 4 – CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE

Certification: I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of federal funds, and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable state and federal laws.

Signature of adult completing this application:		
Print Name:		
Date:	Phone Number:	
Mailing Address:		
City:	State:	Zip:
E-mail:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY

How Often? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly
Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total Household Income: $

Total Household Size

Eligibility Status: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Paid (Denied) ☐ Categorical

Verified as: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway ☐ Error Prone

Determining Official's Signature: **Date:**

Confirming Official's Signature: **Date:**

Verifying Official's Signature: **Date:**

OPTIONAL – CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.

Ethnicity (check one):

☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Race (check one or more):

☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American
☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander ☐ White

Año escolar [2026–27] Learning Works Charter School - Solicitud para comidas gratis y a precio reducido Llene una solicitud por hogar.

Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sección 49557(a) del *Código de Educación* de California: Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día de clases. A los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.

PASO 1 – INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar**, **migrante** o **fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

Anote el nombre de **CADA ESTUDIANTE** (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anote el **nombre de la escuela** y el **grado escolar**		Anote **la fecha de nacimiento del estudiante**	Marque la casilla pertinente si el estudiante está **bajo cuidado adoptivo temporal**, **sin hogar** o es **migrante** o **fugado del hogar**.			
EJEMPLO: Joseph P Adams	**Lincoln Elementary**	**1º**	**12-15-2010**	Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs o FDPIR

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDPIR? **Si contestó NO**, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó SÍ, marque la casilla del programa pertinente, sáltese el PASO 3 y vaya al PASO 4 **Anote el número de caso:**

☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs** ☐ **FDPIR**

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEHOGAR (Sáltese este paso si contestó 'SÍ' en el PASO 2)

A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1.
Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Ingresos totales de los estudiantes	**Frecuencia**
$	

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted): Anote a **TODOS** los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote "0". Si anota "0" o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.
- **Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual**

Anote el nombre de **TODOS LOS DEMÁS** miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	**Frecuencia**	Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia	**Frecuencia**	Pensiones/retiro/jubilación otros ingresos	**Frecuencia**
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	

C. Total de miembros del hogar (Niños y adultos)

D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe más ingresos o de otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si NO tiene SSN ☐

PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del adulto que llenó esta solicitud:	Nombre en letra de molde:	Fecha:
Dirección:		
Correo electrónico:	Teléfono:	

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (NO LLENAR. PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)

How Often? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly /Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12		Total Household Income $
Total Household Size	Eligibility Status: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Paid (Denied)	☐ Categorical
	Verified as: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway	☐ Error Prone
Determining Official's Signature:		**Date:**
Confirming Official's Signature:		**Date:**
Verifying Official's Signature:		**Date:**

OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Origen étnico (marque uno):

☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Raza (marque una o más):

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroestadounidense
☐ Nativo de Hawai u otro isla del Pacifico ☐ Blanco