

**CARTA A PADRES/PROTECTORES-CERTIFICACIÓN DIRECTA  
PROGRAMA ESCOLAR NACIONAL PARA ALMUERZO Y DESAYUNO PARA 2009-2010**

**Estimado Padre o Tutor:**

El secundario distrito escolar toma parte en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y el Programa de Desayuno Escolares. Comidas estan servidas cada día escolar.

**Estudiantes pueden comprar desayuno por \$ 1.50 y almuerzo por \$ 2.50. Estudiantes elegibles reciben comidas gratis.**

- ◆ Este distrito participa en la certificación directa: En una escuela que participa en un programa de comida, certifican a su niño automáticamente para recibir comidas gratis, si su niño recibe Estampillas de Alimentos (FS), o si su niño recibe beneficios de la Oportunidad y Responsabilidad del Trabajo de California a Niños (CalWORKs), Pagos de la Ayuda de la Tutela del Parentesco (KinGAP), o Programa de la Distribución de Alimentos de las Reservaciones Indígenas (FDPIR). (Véase **"COMO SOLICITAR HOGARES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, CalWORKs, KinGAP, o FDPIR—** abajo.)
- ◆ Un niño foster del cuidado que es la responsabilidad legal de la agencia del bienestar o de el corte puede ser elegible recibir comidas gratis o a un precio reducido sin importar su ingreso. Los niños foster deben tener una solicitud separado de otros niños en el hogar, y su elegibilidad se basa en su ingreso personal. (Véase **"COMO SOLICITAR – NIÑOS ADOPTIVOS, (CUIDADO FOSTER) O INSTITUCIONALIZADOS—**abajo.)
- ◆ Si usted no recibe los beneficios que califican automáticamente a su niño para las comidas gratis, usted puede solicitar las comidas gratis o a precios reducidos para su niño(s). Si su ingreso total del hogar es igual o menos que las cantidades en la escala de ingreso abajo, su niño puede recibir comidas gratis o a un precio reducido. "HOGAR" significa a un grupo de individuos relacionados o no-relacionados que están viviendo como una unidad económica y están compartiendo costos de vivienda. "COSTOS DE VIVIENDA" incluya renta, ropa, alimentos, cobros medicos, y utilidades. (Véase **"COMO SOLICITAR - HOGARES DE TODO OTRO TIPO DE INGRESOS (Sueldos, salarios, pensiones, etc.)—** abajo.)

**COMO SOLICITAR**

**HOGARES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, CalWORKs, KinGAP, o FDPIR—** Este distrito participa en la certificación directa: En una escuela que participa en un programa de la comida, certifican a su niño automáticamente para recibir comidas gratis, si su hogar recibe estampillas de alimento (FS), o si su niño recibe Oportunidad y Responsabilidad del Trabajo de California a Niños (CalWORKs), Pagos de Ayuda de Tutela del Parentesco (KinGAP), o Programa de la Distribución de Alimentos de Reservaciones Indígenas (FDPIR). (Véase **"COMO SOLICITAR - ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS - BENEFICIOS** abajo.)

**NIÑOS ADOPTIVOS (CUIDADO FOSTER) O**

**INSTITUCIONALIZADOS—**Termine un uso separado para cada niño que sea la resposibilidad legal de la agencia del bienestar o de la corte. Escribe el nombre del niño y la escuela que el niño atiende. Si el niño recibe, enumeran la cantidad de ingreso de uso personal: dinero por ropa, honorarios de la escuela, y permisos; y otro dinero que el niño recibe de la familia y de ganancias del empleo. El padre adoptivo o el funcionario de la agencia debe firmar.

**HOGARES DE TODO OTRO TIPO DE INGRESOS (Sueldos, salarios, pensiones, etc.)—** Si usted no recibe los beneficios que califican automáticamente a su niño para las comidas gratis, usted puede solicitar las comidas gratis o precios reducidos si su ingreso total del hogar es igual o menos que las cantidades en la escala de ingreso abajo, su niño puede recibir comidas gratis . "HOGAR" significa un grupo de los individuos relacionados o no-relacionados que están viviendo como una unidad económica y están compartiendo costos de vivienda. "COSTOS DE VIVIENDA" incluya renta, ropa, alimentos, cobros medicos, y utilidades. (Véase **"COMO SOLICITAR– HOGARES CON INGRESOS"** abajo.)

- Los nombres de cada niño del hogar de edad escolar y las escuelas que asisten.
- Los nombres de cada otro niño del hogar que no asiste a la escuela.
- Los nombres de cada adulto (21 años o mayor) y otros miembros del hogar, la cantidad recibida de cada persona de el mes pasado, y la fuente de ingreso.
- El numero del seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud o indica "ninguno" si el adulto no tiene un numero del seguro social.

Una solicitud será completada con todos los miembros del hogar y ingresos apuntados, para un niño que vive con familiares o amigos. Si o no será un cargo del corte.

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la solicitud.

**GUÍA DE INGRESOS ELEGIBLES**

Copia de Solicitante

**1 de Julio de 2009 - 30 de Junio de 2010**

Personas en hogar	Semanal	Mensual	Annual
1*	\$ 386	\$1,670	\$20,036
2	\$ 519	\$2,247	\$26,955
3	\$ 652	\$2,823	\$33,874
4	\$ 785	\$3,400	\$40,793
5	\$ 918	\$3,976	\$47,712
6	\$1,051	\$4,553	\$54,631
7	\$1,184	\$5,130	\$61,550
8	\$1,317	\$5,706	\$68,469

Para cada miembro adicional del hogar añade:

+ \$ 134                      \$ 577                      \$ 6,919

\* Un hogar de una sola persona consiste de uno niño adoptivo, un niño institucionalizado, o un estudiante que se sostiene a sí mismo.

*De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA-siglas en inglés), prohíbe a esta organización la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos de las personas.*

*Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D. C. 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.*

**CURRENT INCOME**—The amount of income each household member received last month, before taxes or anything else is taken out, and where it came from, such as earnings, welfare, pensions, and other income. If any amount last month was more or less than usual, write the usual monthly income or project the annual income. To figure monthly income: Weekly x 4.33; every two weeks x 2.15; twice a month x 2.

## INCOME TO REPORT

### **EARNINGS FROM WORK**

Wages, salaries and tips, strike benefits, unemployment compensation, workers' compensation, net income from self-owned business or farm.

### **WELFARE CHILD SUPPORT ALIMONY**

Public assistance payments, welfare payments, alimony, and child support payments.

### **PENSIONS RETIREMENT SOCIAL SECURITY**

Pensions, supplemental security income, retirement payments, Social Security Income (SSI) (including SSI a child receives).

### **OTHER INCOME**

Disability benefits; cash withdrawn from savings; interest and dividends; income from estates, trusts, and investments; regular contributions from persons not living in the household; net royalties and annuities; net rental income; any other income.

**FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)**—Households participating in the FDPIR are categorically eligible for free meals or milk. The FDPIR is authorized by Section 4(b) of the Food Stamp Act of 1977. Under this section, eligible households may elect to participate in either the Food Stamp Program or the FDPIR. Since households are afforded the option to participate in either program, FDPIR households have been determined to receive the same categorical benefits as Food Stamp households.

**SOCIAL SECURITY NUMBER**—The application must have the social security number of the adult who signs it. If the adult does not have a social security number, write "none" or something else to show that the adult does not have a social security number. If a Food Stamp, CalWORKs, KinGAP, or FDPIR case number for the child is listed, or if the application is for a foster child, a social security number is not required.

**APPLYING FOR BENEFITS**—You may apply for benefits at any time during the school year. If you are not eligible now but your income goes down, you lose your job, your family size becomes larger, or you become eligible for Food Stamp, CalWORKs, KinGAP, or FDPIR benefits, you may submit an application at that time.

**VERIFICATION**—School officials may check the information on the application at any time during the school year. You may be asked to send information to prove your income, or current eligibility for Food Stamp, CalWORKs, KinGAP, or FDPIR benefits. Refer to the application for more detailed explanation.

**WIC PARTICIPANTS**—If you currently receive benefits under the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children—better known as the WIC Program—your child may be eligible for free or reduced-price meals. You are encouraged to complete an application and return it to the school for processing.

**MEALS FOR DISABLED**—If you believe your child needs a food substitute or texture modification because of a disability, please contact the school. A child with a disability is entitled to a special meal at no extra charge if the disability prevents the child from eating the regular school meal.

**NONDISCRIMINATION**—Children who receive free or reduced priced meals must be treated in the same manner as those children who pay full price for their meals.

**FAIR HEARING**—If you do not agree with the school's decision regarding your application or the result of verification, you may discuss it with the school. You also have the right to a fair hearing. A fair hearing may be requested by calling or writing the following school official:

Superintendent, WSCUHSD  
462 Johnson Street  
Sebastopol, CA 95472  
707.824.6403, ext. 12

**CONFIDENTIALITY**—Family size, household income, and social security number information will remain confidential and will not be shared for any purpose. Information you provide will determine your child(ren)'s eligibility to receive free or reduced-price meals.

If you have any questions or need assistance in completing the application, please contact:

Paul Greenley, Food Service Coordinator, WSCUHSD  
462 Johnson Street  
Sebastopol, CA 95472  
707.824.6450

You will be notified by the school when your application has been approved or denied for free or reduced price meals.

**Sincerely,**  
Paul Greenley

**INGRESO ACTUAL**—La cantidad de ingresos que cada miembro del hogar recibió el mes pasado, antes de que le deducciones, el origen de los ingresos, tal como salarios / sueldos, asistencia pública, pensiones, y otros ingresos. Si alguna cantidad del mes pasado era más o menos que lo normal, escriba la cantidad mensual normal o proyecte el ingreso anual. Para calcular el ingreso mensual: semanal x 4.33; cada dos semanas x 2.15; dos veces al mes x 2.

## INGRESOS PARA REPORTAR

### **INGRESOS DE TRABAJO**

Sueldos/Salarios/Propinas, Beneficios de Huelgas, Compensación de Desempleo, Compensación de Trabajadores, Ingreso neto de negocio propio o rancho.

### **ASISTENCIA PÚBLICA, AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO**

Pagos de Ayuda Pública, Asistencia de Divorcio/Ayuda Económica Para Niños.

### **PENSIONES JUBILACIÓN SEGURO SOCIAL**

Pensiones, Ingreso Complementario de Seguro, Pagos de Jubilación, Seguro Social.

### **OTROS INGRESOS**

Beneficios de discapacidad, Dinero sacado de la cuenta de ahorros, intereses/dividendos, ingresos de herencia/fideicomiso/inversiones, contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar, Ingresos netos de derechos de autor, anualidades, alquileres, o cualquier otro ingreso.

### **PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR)**

—Hogares que participan en el FDPIR ahora son categóricamente elegibles para recibir comidas o leche gratis. EL FDPIR está autorizado por la Sección 4(b) del Acta de Estampillas de Comida de 1977. Bajo esta sección, hogares elegibles pueden optar por participar en el programa de estampillas para comida o en el FDPIR. Como los hogares tienen la opción de participar en cualquiera de los dos programas, hogares de FDPIR han sido determinados de recibir los mismos beneficios categóricos que los hogares que reciben estampillas para comida.

**NUMERO DE SEGURO SOCIAL**—La solicitud tiene que tener el número de seguro social del adulto que firma. Si el adulto no tiene un número de seguro social, escriba "ninguno" o alguna otra cosa para indicar que el adulto no tiene un número de seguro social. Si anotó un número de caso de estampillas para comida, CalWORKs, KinGAP, o FDPIR para el niño, o si la solicitud es para un niño adoptivo (foster), un número de seguro social no es necesario.

**SOLICITANDO BENEFICIOS**—Puede solicitar beneficios cuando quiera durante el año escolar. Si no está elegible ahora y su ingreso baja, pierde su trabajo, o el número de personas en su hogar aumenta, entonces puede llenar otra solicitud.

**VERIFICACIÓN**—La información en la solicitud puede ser comprobada por oficiales de la escuela en cualquier momento durante el año escolar. Se le puede pedir comprobantes de su ingreso, o elegibilidad actual para estampillas para comida, CalWORKs, KinGAP, o FDPIR. Refiérase a la solicitud para una explicación más detallada.

**PARTICIPANTES EN WIC**—Si recibe usted beneficios bajo el Programa de Nutrición para Mujeres, Infantiles, y Niños—mejor conocido como el Programa WIC, sus niños pueden ser elegibles para comidas gratis. Se le recomienda llenar una solicitud y devolverla a la escuela para procesar.

### **COMIDAS PARA INCAPACITADOS (PERSONAS CON LIMITACIONES)**

—Si piensa que su niño requiere una dieta especial o necesita sustituir algún alimento o modificar la textura de alguna comida a causa de una incapacidad o impedimento, favor de ponerse en contacto con la escuela. Un niño con una discapacidad o limitación tiene derecho a una comida especial sin precio adicional si la discapacidad le impide al niño comer la comida regular de la escuela.

**SIN DISCRIMINACIÓN**—Niños que reciben comida gratis tienen que ser tratados en la misma manera que los niños que pagan precio completo por sus comidas.

**AUDIENCIA IMPARCIAL**—Si no está de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a su solicitud o con el resultado de la verificación, puede discutirlo con la escuela. Usted también tiene el derecho a una audiencia imparcial. Una audiencia imparcial se puede solicitar llamando o escribiendo al siguiente oficial escolar:

Superintendent, WSCUHSD  
462 Johnson Street  
Sebastopol, CA 95472

TELÉFONO: 824.6403, extensión 12

**CONFIDENCIALIDAD**—Información sobre el número de personas en la familia, los ingresos del hogar, y el número de seguro social permanecerá confidencial y no se divulgará por ningún motivo. La información que usted provee determinará la elegibilidad de su niño(s) para recibir comidas gratis y para verificar la elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en llenar la solicitud, favor de ponerse en contacto con:

Paul Greenley, La Coordinadora de este Programa  
WSCUHSD / Food Services  
462 Johnson Street  
Sebastopol, CA 95472

TELÉFONO: 824.6450 (hablo un poquito de español)

La escuela le avisará cuando su solicitud sea aprobada o negada para comidas gratis o a precios reducidos.

Sinceramente,

*Paul*

**K2009-2010 SY: APPLICATION FOR FREE AND REDUCED PRICE MEALS  
WEST SONOMA COUNTY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT / FOOD SERVICES**

**> SECTION A. INFORMATION FOR ALL CHILDREN IN HOUSEHOLD:**

STUDENT / CHILD INFORMATION				FOOD STAMP, CalWORKs, Kin-GAP or FDPIR Benefits			FOSTER CHILD (must have separate application)		
Last Name	First Name	Name of School		Check		If "yes", write the <u>case number</u>	Check		If "yes," enter child's monthly personal use income
		(Write "n/a" if not in school)	Grade	yes	no		yes	no	

**> SECTION B. HOUSEHOLD MEMBERS AND MONTHLY INCOME:** If in Section A you entered a Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP or FDPIR case number for each child, or if this application is for a foster child and you entered monthly personal use income, go to Section C.  
**Foster Child** - In some cases foster children are eligible for free or reduced price meals regardless of the household's income. If you have foster children living with you and you wish to apply for such meals, please contact your school's food service administrator.

List **all adult** household members, regardless of whether or not they have income. Indicate the amount and source of monthly income each household member received last month. If any amount last month was more or less than usual, enter the usual monthly income. Also, enter any income received by or for a child from full-time or regular part-time employment, SSI, or Adoption Assistance.

Full Name	Gross monthly earnings from work (before deductions) include all jobs	Pension, retirement, Social Security	Welfare benefits, child support, alimony payments	Any other monthly income	SCHOOL USE ONLY Total mo. income

**> SECTION C.** I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand this information is given in connection with the receipt of Federal funds, that school officials may verify the information on the application at any time, and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

<b>Signature</b> of adult household member completing this form:		<b>Telephone No:</b> (   )	<b>Date:</b>
<b>Printed name of adult household member who completed this form:</b>		<b>Social Security Number:</b> (write "none" if no S.S. Number)	
<b>Mailing Address:</b>	<b>City:</b>	<b>Zip Code:</b>	<b>Total # Persons in Household</b>

**> SECTION D. RACIAL AND ETHNIC IDENTIFICATION OF CHILD(REN) IS VOLUNTARY. MARK ONE OR MORE IDENTITIES.**  
 American Indian or Alaska Native   
 Asian   
 Black or African-American   
 Hispanic or Latino   
 Native Hawaiian or other Pacific Islander   
 White

~~~~~  
**FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION**

|                                                                                             |                                  |                                    |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Free                                                               | <input type="checkbox"/> Reduced | <input type="checkbox"/> Denied    | <input type="checkbox"/> Categorically Free with Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, or FDPIR Benefits |
| Zero Income, Temporary Free Until (Up to 45 calendar days from date of this determination): |                                  |                                    | Direct Certified as: H M R EP <input type="checkbox"/>                                            |
| Household Size:                                                                             |                                  | Household Income:                  |                                                                                                   |
| Determining Official:                                                                       | Date:                            | 2 <sup>nd</sup> Review - Official: | Date:                                                                                             |
| Verification Official:                                                                      | Date:                            | Follow up:                         |                                                                                                   |

**K2009-2010SY: SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS**

[Application (Spanish), Free & Reduced Price Meals]

**WEST SONOMA COUNTY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**

(Complete esta solicitud y regresela al Servicios de Comida o la escuela.)

**> SECCIÓN A. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA DEBEN SER INCLUIDOS ESTA SECCION**

| INFORMACION DE <u>TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR</u> |                |                      |       | ESTAMPILLAS DE COMIDA,<br>CalWORKs, Kin-GAP o BENEFICIOS<br>FDPIR |    |                                | NIÑOS ADOPTADOS<br>FOSTER                  |    |                                            |
|-------------------------------------------------|----------------|----------------------|-------|-------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------|--------------------------------------------|----|--------------------------------------------|
| Apellido                                        | Nombre Primero | Nombre de<br>Escuela | Grado | Recibe?                                                           |    |                                | Adoptado?<br>(usa una aplicacion separado) |    |                                            |
|                                                 |                |                      |       | Si                                                                | No | (por ejemplo, 30-0000000-00-0) | Si                                         | No | Si? Escriba el ingreso<br>personal mensual |
| 1.                                              |                |                      |       |                                                                   |    |                                |                                            |    |                                            |
| 2.                                              |                |                      |       |                                                                   |    |                                |                                            |    |                                            |
| 3.                                              |                |                      |       |                                                                   |    |                                |                                            |    |                                            |
| 4.                                              |                |                      |       |                                                                   |    |                                |                                            |    |                                            |
| 5.                                              |                |                      |       |                                                                   |    |                                |                                            |    |                                            |
| 6.                                              |                |                      |       |                                                                   |    |                                |                                            |    |                                            |

**> SECCION B. INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. SI DECLARA EL NUMERO DE CASO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA CalWORKs, Kin-GAP o FDPIR, POR CADA NIÑO, o si la aplicacion es para nino foster y Ud. Indico ingreso personal del nino, NO LLENE ESTA SECCION, SIGA CON LA SECCIÓN C. Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos**

Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibio el ultimo mes. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso normal del mes. Tambien inclulla todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o incompleto de trabajo, SSI, o asistencia de adopcion.

| Primer Nombre y Apellido<br>(Incluyendo conyuge) | Sueldos de trabajos<br>(antes de las<br>deducciones)<br>incluya todos los<br>trabajos | Pensiones,<br>Jubilación,<br><u>Dolares de</u><br>Seguro<br>Social | Beneficios de<br>Welfare, Ayuda<br>económica para<br>niños,<br>asistencia de<br>divorcio | Cualquier<br>otro<br>ingreso | FOR<br>SCHOOL<br>USE ONLY<br>(total mo. income) |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1.                                               |                                                                                       |                                                                    |                                                                                          |                              |                                                 |
| 2.                                               |                                                                                       |                                                                    |                                                                                          |                              |                                                 |
| 3.                                               |                                                                                       |                                                                    |                                                                                          |                              |                                                 |
| 4.                                               |                                                                                       |                                                                    |                                                                                          |                              |                                                 |

**> SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBERAN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCION**

Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; Y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuicido/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

|                                                                |  |                  |                                                           |                                                |  |
|----------------------------------------------------------------|--|------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| <b>Firma</b> de adulto miembro del hogar quien llena esta:     |  | <b>Teléfono:</b> |                                                           | <b>Fecha:</b>                                  |  |
| <b>Imprima</b> el nombre del adulto que firma esta aplicación: |  |                  | Numero de Seguro Social (o escribe 'nada' , si no tiene): |                                                |  |
| <b>Domicilio:</b>                                              |  | <b>Ciudad:</b>   | <b>Codigo:</b>                                            | <b>Numero de personas que viven en la casa</b> |  |

**> SECCIÓN D. PREGUNTAS RACIALES Y ÉTNICAS DE NIÑO(S) ES VOLUNTARIA. MARKE UNO O MAS IDENTIDADES.**

( ) Indio Americano o nativo de Alaska ( ) Asiatic ( ) Negro o Africano Americano ( ) Hispano o Latino ( ) Nativo de Hawaiano o otro Islenos Pacificos ( ) Anglo

**FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION**

|                                                                                             |                                  |                                 |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Free                                                               | <input type="checkbox"/> Reduced | <input type="checkbox"/> Denied | <input type="checkbox"/> Categorically Free with Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, or FDPIR Benefits |
| Zero Income, Temporary Free Until (Up to 45 calendar days from date of this determination): |                                  |                                 | Direct Certified as: H M R EP <input type="checkbox"/>                                            |
| Determining Official:                                                                       |                                  | Household Size:                 | Household Income:                                                                                 |
| Verification Official:                                                                      |                                  | Date:                           | 2 <sup>nd</sup> Review – Official: Date:                                                          |
| Date:                                                                                       |                                  | Follow up:                      |                                                                                                   |