

INCOME DETERMINATION FORM

This form uses free and reduced-price meal income levels as the threshold to determine eligibility.

Family Address: _____

Age or grade levels of children living in your household and attending: **Western Hills Academy**: _____

A. Locate your household size and the minimum allowable income earned each month. If your monthly income is equal to or less than this amount, please check here:

Family size	Income earned each month*	
	Qualifies for Free Meals	Qualifies for Reduced Meals
1	\$1,632	\$2,322
2	\$2,215	\$3,152
3	\$2,798	\$3,981
4	\$3,380	\$4,810
5	\$3,963	\$5,640
6	\$4,546	\$6,469
7	\$5,129	\$7,299
8	\$5,712	\$8,128
For each additional family member, add:	\$583	\$830

The 2024-2025 income guidelines for future school years can be found at:

<http://www.squaremeals.org/FandNResources/IncomeEligibilityGuidelines.aspx#CACFP>.

B. Is your family qualified for food stamps? Yes No

C. Are you receiving Temporary Assistance to Needy Families (TANF) (Formerly Aid to Families with Dependent Children or Public Assistance)? Yes No

Please return this form to: **Western Hills Academy, school office**

An adult household member must sign the application.

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will get Federal funds based on the information I give. I understand that school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information I may be prosecuted.

Signature of adult household member

Printed name of adult household member

Date

Street Address

City, State, Zip Code

Phone Number

Completed forms to be filed and maintained in the Private Non-Profit School Office for auditing purposes.

FORMA DE DETERMINACIÓN DE INGRESOS

Esta forma usa la misma tabla de ingresos utilizada para determinar si un estudiante es candidato a recibir comidas gratis or reducidas en las escuelas.

Domicilio de Familia _____

Edad o Grado de alumnos que viven en casa y asisten a: _____

A. Anote el numero de personas que viven en casa y el total de ingresos por mes. Si los ingresos por mes es igual o menos de lo indicado en la table de ingresos, por favor indique a lado: _____

Numero de Familia	Comidas Gratis: Ingresos Mensuales *	Comidas Reducidas: Ingresos Mensuales *
1	\$1,632	\$2,322
2	\$2,215	\$3,152
3	\$2,798	\$3,981
4	\$3,380	\$4,810
5	\$3,963	\$5,640
6	\$4,546	\$6,469
7	\$5,129	\$7,299
8	\$5,712	\$8,128
Por cada miembro de familia adicional	\$583	\$830

* Las normas de ingresos para el año escolar 2024-2025 y siguientes años pueden ser encontrados en <http://www.squaremeals.org/FandNResources/IncomeEligibilityGuidelines.aspx#CACFP>.

B. Su familia califica para estampillas de comida? _____ SI _____ NO

C. Esta recibiendo asistencia de Temporary Assistance to Needy Families (TANF).
(Anteriormente conocido como Aid to Families with Dependent Children o Asistencia Publica)
_____ SI _____ NO

Favor de regresar este forma a: _____

Firma de un adulto (miembro de familia)

Certifico que toda la informacion en esta solicitud es verdad y he reportado sobre todos mis ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos Federales de acuerdo con la información que he dado. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito puedo ser enjuiciado.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Formas completas deben que ser archivadas en la oficina de la escuela

Revisado 03/07/24