United States Department of Agriculture
Food and Nutrition Service
Mountain Plains Region
1244 Speer Boulevard
Denver, CO 80204

Reply to Attn. of: SP 94-C-41

NOV 8 1993

Subject: Applications for Free and Reduced Price Meal Benefits and Free Milk Benefits

To: STATE AGENCY DIRECTORS (Special Nutrition Programs) - Colorado ED, Iowa, Kansas, Missouri ED, Montana OPI, Nebraska ED, North Dakota, South Dakota, Utah, Wyoming ED

The current Food and Nutrition Service prototype application, public release and other prototype free and reduced price application and verification materials reflect all legislative and regulatory changes which have been made to 7 CFR 245 through July 24, 1991. The four items below state guidance on the indicated issues.

1. Categorical Eligibility--Food Distribution Program on Indian Reservations:

State Agencies (SAs) that have any school food authorities enrolling children from households that may participate in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) may modify information and instructions on the prototype public release, letter to parents, and application to indicate that children participating in FDPIR are categorically eligible for free benefits. Households should be instructed to complete the application form just as they would for children receiving food stamp or AFDC benefits, and indicate their FDPIR case number.

2. Food Substitution for Handicapped Children Notification:

It is <u>strongly</u> recommended that SAs include in the parent letter information concerning food substitution for handicapped children. Suggested wording is "All meals served must meet patterns established by the U.S. Department of Agriculture. However, if a child has been determined by a doctor to be handicapped and the handicap would prevent the child from eating the regular school meal, this school will make any substitution prescribed by the doctor. If a substitution is needed, there will be no extra charge for the meal. If you believe your child needs substitutions because of a handicap, please get in touch with us for further information." The SA may choose not to include such notification in its prototype parent letter, or may permit an SFA to omit such notification from its parent letter, but the SA must ensure in such cases that the SFA(s) in question have notified the parents or guardians of children who may be handicapped of the food substitution provisions of the National School Lunch Program and School Breakfast Program.

3. Household Income Reported on Applications in Other Than Monthly Amounts:

Households are requested to report income on the current prototype application in monthly amounts. However, SFAs may accept applications on which households have reported income received in other than monthly amounts, provided the household clearly indicates the frequency with which the income is received. In these cases the determining official should use the conversion factors which are given on the application form for various typical income periods, in order to convert the income to a monthly figure. Moreover, the Income Eligibility Guidelines do state the income guidelines in weekly income amounts and in annual income amounts, in addition to monthly income amounts.

4. SA Distribution of the Public Release on Behalf of SFAs.

The policy expressed here has already been stated, most recently in the Eligibility Guidance for School Meals Manual (FNS-274, 8-91 ed.), page 7. The Paperwork Reduction Task Force has recommended that SAs consider this option in the interest of reducing paperwork for SFAs. In accordance with the guidance on this arrangement, SAs should be aware that when they assume this responsibility on behalf of their SFAs, the precise responsibilities that the SA is assuming, such as sending the release to the local media, must be specified in the SFA's free and reduced price policy statement.

Please contact our office if you have any questions on this guidance.

Ann C. Hector

ANN C. HECTOR
Regional Director
Special Nutrition Programs

Attachments: (prototype forms, including foreign language versions and verification forms)

APPLICATION FOR FREE AND REDUCED PRICE MEALS

To apply for free and reduced price meals, complete this application, sign your name and return the application to the school. Call the school if you need help. #_____

1 Print **STUDENT INFORMATION.**

NAME	GRADE	NAME OF SCHOOL

2 List the child's **FOOD STAMP** or **AFDC** case number, if any.

FOOD STAMP NUMBER	OR	AFDC NUMBER

3 **FOSTER CHILD:** List the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no personal use income. $_____.

4 **HOUSEHOLD MEMBERS AND MONTHLY INCOME:** If you gave a food stamp or AFDC case number for the child, skip to **PART 5.**

NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS	Gross **MONTHLY** Earnings (Before Deductions) Job 1	Job 2	**MONTHLY** Welfare Payments, Child Support, Alimony	**MONTHLY** Payments from Pensions, Retirement, Social Security	Any Other **MONTHLY** Income
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$

5 **SIGNATURE AND SOCIAL SECURITY NUMBER:** I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of Federal funds; that school officials may verify the information on the application; and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

_____ X_____

Signature of Adult Household Member **Social Security Number***

HOME TELEPHONE NO._____ WORK TELEPHONE NO._____ PRINTED NAME_____

STREET/APT. NO_____ CITY/STATE/ZIP_____ DATE_____

6 **RACE:** Please check the racial or ethnic identity of your child(ren). You are not required to answer this question.

__White, not Hispanic __Black, not Hispanic __Hispanic __Asian/Pacific Islander __American Indian/Alaskan Native

*PRIVACY ACT STATEMENT: SECTION 9 OF THE NATIONAL SCHOOL LUNCH ACT REQUIRES THAT, UNLESS YOUR CHILD'S FOOD STAMP OR AFDC CASE NUMBER IS PROVIDED, YOU MUST INCLUDE THE SOCIAL SECURITY NUMBER OF THE ADULT HOUSEHOLD MEMBER SIGNING THE APPLICATION OR INDICATE THAT THE HOUSEHOLD MEMBER DOES NOT HAVE A SOCIAL SECURITY NUMBER. PROVISION OF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT MANDATORY, BUT IF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT GIVEN OR AN INDICATION IS NOT MADE THAT THE SIGNER DOES NOT HAVE SUCH A NUMBER, THE APPLICATION CANNOT BE APPROVED. THE SOCIAL SECURITY NUMBER MAY BE USED TO IDENTIFY THE HOUSEHOLD MEMBER IN CARRYING OUT EFFORTS TO VERIFY THE CORRECTNESS OF INFORMATION STATED ON THE APPLICATION. THESE VERIFICATION EFFORTS MAY BE CARRIED OUT THROUGH PROGRAM REVIEWS, AUDITS, AND INVESTIGATIONS AND MAY INCLUDE CONTACTING EMPLOYERS TO DETERMINE INCOME, CONTACTING A FOOD STAMP OR WELFARE OFFICE TO DETERMINE CURRENT CERTIFICATION FOR RECEIPT OF FOOD STAMPS OR AFDC BENEFITS, CONTACTING THE STATE EMPLOYMENT SECURITY OFFICE TO DETERMINE THE AMOUNT OF BENEFITS RECEIVED AND CHECKING THE DOCUMENTATION PRODUCED BY HOUSEHOLD MEMBERS TO PROVE THE AMOUNT OF INCOME RECEIVED. THESE EFFORTS MAY RESULT IN A LOSS OR REDUCTION OF BENEFITS, ADMINISTRATIVE CLAIMS OR LEGAL ACTIONS IF INCORRECT INFORMATION IS REPORTED.

FOR SCHOOL USE ONLY DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE:_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/ADC_____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE_____ APPROVED REDUCED PRICE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL:_____ UNTIL:_____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH_____ INCOMPLETE APPLICATION_____ OTHER_____

CHANGE IN STATUS: _____ DATE WITHDRAWN: _____
REASON DATE

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL_____ DATE_____

CERTIFICATION NOTICE SENT:_____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD_____ SECOND NOTICE SENT:_____

VERIFY RESULT: NO CHANGE_____ FREE TO REDUCED PRICE_____ FREE TO PAID_____ REDUCED PRICE TO FREE_____ REDUCED PRICE TO PAID_____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE: INCOME_____ HOUSEHOLD SIZE_____ REFUSED TO COOPERATE_____ OTHER_____

CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC_____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN:_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL:_____ DATE_____

LETTER TO HOUSEHOLDS (Single Child-Meals)
NATIONAL SCHOOL LUNCH PROGRAM/SCHOOL BREAKFAST PROGRAM

Dear Parent/Guardian:

The _____ school serves meals each school day. Children may buy lunch for _____ and breakfast for ____. Children also may get meals free or at a reduced price.

If you now get food stamps or AFDC for your child, your child can get free meals. If your total household income is the same or less than the amounts on the Income Chart below, your child can get free meals or reduced price meals. A foster child may get free or reduced price meals regardless of your income. The reduced price is ___ for lunch and ____ for breakfast.

TO GET FREE OR REDUCED PRICE MEALS FOR YOUR Child, YOU MUST COMPLETE AN APPLICATION AND RETURN IT TO THE SCHOOL. WE CANNOT APPROVE AN APPLICATION THAT IS NOT COMPLETE.

HOW TO APPLY

If you now get food stamps or AFDC for the child you are applying for, the application must have the child's names, *a food stamp or AFDC case* number for each child, and the signature of an adult household member. If you are applying for a foster child, the application must have the child's name, the child's "personal use" income, and an adult signature. If you do not list a food stamp or AFDC case number for the child you are applying for, then the application must have the child's names, the names of all household members, the amount of income each person got last month and where it came from, the signature of an adult household member and that adult's social security number or the word "none" if the adult does not have a social security number.

INCOME CHART

Household Size	Annual	Monthly	Weekly
1	12,247	1,021	236
2	16,428	1,369	316
3	20,609	1,718	397
4	24,790	2,066	477
5	28,971	2,415	558
6	33,152	2,763	638
7	37,333	3,112	718
8	41,514	3,460	798
For each add'l member add	+4,181	+349	+81

Verification: Your eligibility may be checked at any time during the school year. School officials may ask you to send papers showing that your child should get free or reduced price meals.

Fair Hearing: You may talk to school officials if you do not agree with the school's decision on your application or the results of verification. You also may ask for a fair hearing. You may do this by calling or writing:

Name_____Phone_____

Address _____

_____

Reporting Changes: If your childs get free or reduced price meals because of your income, you must tell the school if your household size decreases or your income increases by more than $50 per month or $600 per year. If your child gets meals because they get food stamps or AFDC, you must tell the school when you are not getting AFDC or food stamps for them. You may then fill out another application giving income information.

Confidentiality: School officials use the information on the application only to decide if your child should get free or reduced price meals.

Reapplication: You may apply for meals anytime during the school year. If you are not eligible now but have a change, like a decrease in household income, an increase in household size, become unemployed or get food stamps or AFDC for your child, complete an application then.

IN THE OPERATION OF THE CHILD FEEDING PROGRAMS, NO CHILD WILL BE DISCRIMINATED AGAINST BECAUSE OF RACE, SEX, COLOR, NATIONAL ORIGIN, AGE OR HANDICAP. IF YOU BELIEVE YOU HAVE BEEN DISCRIMINATED AGAINST, WRITE IMMEDIATELY TO THE SECRETARY OF AGRICULTURE, WASHINGTON, D.C. 20250.

We will let you know when your application is approved or denied.

Sincerely,

APPLICATION INSTRUCTIONS (Single Child-Meals)

To apply for free and reduced price meals, complete the application using the instructions for your household. Sign the application and return the application to the school. Call the school if you need help: #_____

PART 1 - STUDENT INFORMATION: All HOUSEHOLDS COMPLETE THIS PART.

(1) Print the name of the child you are applying for.

(2) List the child's grade and school.

PART 2 - HOUSEHOLDS GETTING FOOD STAMPS OR AFDC: COMPLETE THIS PART and PART 5.

(1) List a current food stamp or AFDC case number for the child.

(2) Sign the application in PART 5. An adult household member must sign. SKIP PART 4 - Do not list names of household members or income if you list a food stamp or AFDC case number for each child.

PART 3 - HOUSEHOLDS WITH A FOSTER CHILD: COMPLETE THIS PART and PART 5 - **A foster child is the legal responsibility of a welfare agency or court.**

(1) List the foster child's monthly "personal use" income. Write "0" if the foster child does not get "personal use" income. SKIP PART 4 - Do not list any other children, household members or income.

(2) A foster parent or other official representing the child must sign the application in PART 5.

"Personal use" income is (a) money given by the welfare office identified by category for the child's personal use, such as for clothing, school fees, and allowances; and (b) all other money the child gets, such as money from his/her family and money from the child's full-time or regular part-time jobs.

PART 4 - ALL OTHER HOUSEHOLDS: COMPLETE THIS PART and PART 5.

(1) Write the names of everyone in your household, whether they get income or not. Include yourself, the child you are applying for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people in your household. Use another pi of paper if you need more space.

(2) Write the amount of income each household member got 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 that person's usual monthly income;

(3) An adult household member must sign the application and give his/her social security number in PART 5.

To Figure Monthly Income: Weekly x 4.33 Every 2 WEEKS x 2.15 Twice a Month x 2

PART 5 - SIGNATURE AND SOCIAL SECURITY NUMBER: ALL HOUSEHOLDS COMPLETE THIS PART

(1) All applications must have the **signature** of an adult household member;

(2) The application must have the **social security number** of the adult who signs. 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 you listed a food stamp or AFDC number for your child or if you are applying for a foster child, a social security number is not needed.

PART 6 - Racial/Ethnic Identity: Complete the racial/ethnic identity question if you wish. You are not required to answer this question to get free or reduced price meals. We need this information to make sure that everyone is treated fairly.

INCOME TO REPORT

Earnings from Work
Wages/salaries/tips
Strike benefits
Unemployment compensation
Worker's compensation
Net income from self-owned business or farm

Welfare/Child Support/Alimony
Public assistance payments
Welfare payments
Alimony/child support payments

Pensions/Retirement/Social Security
Pensions
Supplemental Security Income
Retirement income
Veteran's payments
Social security

Other Income
Disability benefits
Cash withdrawn from savings
Interest/Dividends
Income from Estates/Trusts/ Investments
Regular contributions from persons not living in the household
Net royalties/annuities/ net rental income
Any other income

LETTER TO HOUSEHOLDS (Multi-child Meals)
NATIONAL SCHOOL LUNCH PROGRAM/SCHOOL BREAKFAST PROGRAM

Dear Parent/Guardian:

The _____ school serves meals each school day. Children may buy lunch for _____ and breakfast for ____. Children also may get meals free or at a reduced price.

If you now get food stamps or AFDC for your children, your children can get free meals. If your total household income is the same or less than the amounts on the Income Chart below, your children can get free meals or reduced price meals. A foster child may get free or reduced price meals regardless of your income. The reduced price is ___ for lunch and ____ for breakfast.

TO GET FREE OR REDUCED PRICE MEALS FOR YOUR CHILDREN, YOU MUST COMPLETE AN APPLICATION AND RETURN IT TO THE SCHOOL. WE CANNOT APPROVE AN APPLICATION THAT IS NOT COMPLETE.

HOW TO APPLY

If you now get food stamps or AFDC for the children you are applying for, the application must have the children's names, a food stamp or AFDC case number for each child, and the signature of an adult household member. If you are applying for a foster child, the application must have the child's name, the child's "personal use" income, and an adult signature. If you do not list a food stamp or AFDC case number for all the children you are applying for, then the application must have the children's names, the names of all household members, the amount of income each person got last month and where it came from, the signature of an adult household member and that adult's social security number or the word "none" if the adult does not have a social security number.

INCOME CHART

Household Size	Annual	Monthly	Weekly
1	12,247	1,021	236
2	16,428	1,369	316
3	20,609	1,718	397
4	24,790	2,066	477
5	28,971	2,415	558
6	33,152	2,763	638
7	37,333	3,112	718
8	41,514	3,460	798
For each add'l member add	+4,181	+349	+81

Verification: Your eligibility may be checked at any time during the school year. School officials may ask you to send papers showing that your children should get free or reduced price meals.

Fair Hearing: You may talk to school officials if you do not agree with the school's decision on your application or the results of verification. You also may ask for a fair hearing. You may do this by calling or writing:

Name_____Phone_____

Address _____

_____

Reporting Changes: If your children get free or reduced price meals because of your income, you must tell the school if your household size decreases or your income increases by more than $50 per month or $600 per year. If your children get meals because they get food stamps or AFDC, you must tell the school when you are not getting AFDC or food stamps for them. You may then fill out another application giving income information.

Confidentiality: School officials use the information on the application only to decide if your children should get free or reduced price meals.

Reapplication: You may apply for meals anytime during the school year. If you are not eligible now but have a change, like a decrease in household income, an increase in household size, become unemployed or get food stamps or AFDC for your children, complete an application then.

IN THE OPERATION OF THE CHILD FEEDING PROGRAMS, NO CHILD WILL BE DISCRIMINATED AGAINST BECAUSE OF RACE, SEX, COLOR, NATIONAL ORIGIN, AGE OR HANDICAP. IF YOU BELIEVE YOU HAVE BEEN DISCRIMINATED AGAINST, WRITE IMMEDIATELY TO THE SECRETARY OF AGRICULTURE, WASHINGTON, D.C. 20250.

We will let you know when your application is approved or denied.

Sincerely,

APPLICATION INSTRUCTIONS (Multi-child Meals)

To apply for free and reduced price meals, complete the application using the instructions for your household. Sign the application and return the application to the school. Please complete a separate application for each foster child. Call the school if you need help:#_____

PART 1 - STUDENT INFORMATION: All HOUSEHOLDS: COMPLETE THIS PART.

(1) Print the names of the children you are applying for.

(2) List their grade and school.

PART 2 - HOUSEHOLDS GETTING FOOD STAMPS OR AFDC: COMPLETE THIS PART and PART 5.

(1) List a current food stamp or AFDC case number for each child.

(2) Sign the application in PART 5. An adult household member must sign. SKIP PART 4 - Do not list names of household members or income if you list a food stamp or AFDC case number for each child.

PART 3 - HOUSEHOLDS WITH A FOSTER CHILD: COMPLETE THIS PART and PART 5 - **A foster child is the legal responsibility of a welfare agency or court.**

(1) List the foster child's monthly "personal use" income. Write "0" if the foster child does not get "personal use" income. SKIP PART 4 - Do not list any other children, household members or income.

(2) A foster parent or other official representing the child must sign the application in PART 5.

"Personal use" income is (a) money given by the welfare office identified by category for the child's personal use, such as for clothing, school fees, and allowances; and (b) all other money the child gets, such as money from his/her family and money from the child's full-time or regular part-time jobs.

PART 4 - ALL OTHER HOUSEHOLDS: COMPLETE THIS PART and PART 5.

(1) Write the names of everyone in your household, whether they get income or not. Include yourself, the children you are applying for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people in your household. Use another piece of paper if you need more space.

(2) Write the amount of income each household member got 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 that person's usual monthly income;

(3) An adult household member must sign the application and give his/her social security number in PART 5.

To Figure Monthly Income: Weekly x 4.33 Every 2 WEEKS x 2.15 Twice a Month x 2

PART 5 - SIGNATURE AND SOCIAL SECURITY NUMBER: ALL HOUSEHOLDS COMPLETE THIS PART

(1) All applications must have the **signature** of an adult household member;

(2) The application must have the **social security number** of the adult who signs. 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 you listed a food stamp or AFDC number for each child or if you are applying for a foster child, a social security number is not needed.

PART 6 - Racial/Ethnic Identity: Complete the racial/ethnic identity question if you wish. You are not required to answer this question to get free or reduced price meals. We need this information to make sure that everyone is treated fairly.

INCOME TO REPORT

Earnings from Work
Wages/salaries/tips
Strike benefits
Unemployment compensation
Worker's compensation
Net income from self-owned business or farm

Welfare/Child Support/Alimony
Public assistance payments
Welfare payments
Alimony/child support payments

Pensions/Retirement/Social Security
Pensions
Supplemental Security Income
Retirement income
Veteran's payments
Social security

Other Income
Disability benefits
Cash withdrawn from savings
Interest/Dividends
Income from Estates/Trusts/Investments
Regular contributions from persons not living in the household
Net royalties/annuities/net rental income
Any other income

APPLICATION FOR FREE AND REDUCED PRICE MEALS

To apply for free and reduced price meals, complete this application, sign your name and return the application to the school. Complete a separate application for each foster child. Call the school if you need help.#_____

1 Print **STUDENT INFORMATION.**

2 List each child's **FOOD STAMP** or **AFDC** case number, if any.

NAME	GRADE	NAME OF SCHOOL	FOOD STAMP NUMBER	OR	AFDC NUMBER

3 **FOSTER CHILD:** List the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no personal use income. $_____.

4 **HOUSEHOLD MEMBERS AND MONTHLY INCOME:** If you gave a food stamp or AFDC case number for each child, skip to **PART 5.**

NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS	Gross **MONTHLY** Earnings (Before Deductions) Job 1	Job 2	**MONTHLY** Welfare Payments, Child Support, Alimony	**MONTHLY** Payments from Pensions, Retirement, Social Security	Any Other **MONTHLY** Income
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$

5 **SIGNATURE AND SOCIAL SECURITY NUMBER:** I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of Federal funds; that school officials may verify the information on the application; and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

X_____ X_____

Signature of Adult Household Member **Social Security Number***

HOME TELEPHONE NO._____ WORK TELEPHONE NO._____ PRINTED NAME_____

STREET/APT. NO_____ CITY/STATE/ZIP_____ DATE_____

6 **RACE:** Please check the racial or ethnic identity of your child(ren). You are not required to answer this question.

__White, not Hispanic __Black, not Hispanic __Hispanic __Asian/Pacific Islander __American Indian/Alaskan Native

*PRIVACY ACT STATEMENT: SECTION 9 OF THE NATIONAL SCHOOL LUNCH ACT REQUIRES THAT, UNLESS YOUR CHILD'S FOOD STAMP OR AFDC CASE NUMBER IS PROVIDED, YOU MUST INCLUDE THE SOCIAL SECURITY NUMBER OF THE ADULT HOUSEHOLD MEMBER SIGNING THE APPLICATION OR INDICATE THAT THE HOUSEHOLD MEMBER DOES NOT HAVE A SOCIAL SECURITY NUMBER. PROVISION OF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT MANDATORY, BUT IF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT GIVEN OR AN INDICATION IS NOT MADE THAT THE SIGNER DOES NOT HAVE SUCH A NUMBER, THE APPLICATION CANNOT BE APPROVED. THE SOCIAL SECURITY NUMBER MAY BE USED TO IDENTIFY THE HOUSEHOLD MEMBER IN CARRYING OUT EFFORTS TO VERIFY THE CORRECTNESS OF INFORMATION STATED ON THE APPLICATION. THESE VERIFICATION EFFORTS MAY BE CARRIED OUT THROUGH PROGRAM REVIEWS, AUDITS, AND INVESTIGATIONS AND MAY INCLUDE CONTACTING EMPLOYERS TO DETERMINE INCOME, CONTACTING A FOOD STAMP OR WELFARE OFFICE TO DETERMINE CURRENT CERTIFICATION FOR RECEIPT OF FOOD STAMPS OR AFDC BENEFITS, CONTACTING THE STATE EMPLOYMENT SECURITY OFFICE TO DETERMINE THE AMOUNT OF BENEFITS RECEIVED AND CHECKING THE DOCUMENTATION PRODUCED BY HOUSEHOLD MEMBERS TO PROVE THE AMOUNT OF INCOME RECEIVED. THESE EFFORTS MAY RESULT IN A LOSS OR REDUCTION OF BENEFITS, ADMINISTRATIVE CLAIMS OR LEGAL ACTIONS IF INCORRECT INFORMATION IS REPORTED.

FOR SCHOOL USE ONLY DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE:_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/ADC_____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE_____ APPROVED REDUCED PRICE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL: _____ UNTIL: ____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH _____ INCOMPLETE APPLICATION_____

OTHER_____

CHANGE IN STATUS: _____ DATE WITHDRAWN: _____
REASON DATE

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL_____ DATE_____

DATE VERIFICATION NOTICE SENT :_____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD_____ SECOND NOTICE SENT:_____

VERIFICATION RESULT : NO CHANGE____ FREE TO REDUCED PRICE____ FREE TO PAID____ REDUCED PRICE TO FREE____ REDUCED PRICE TO PAID_____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE : INCOME____ HOUSEHOLD SIZE____ REFUSED TO COOPERATE____ CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC_____

OTHER_____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN:_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL:_____ DATE:_____

APPLICATION FOR FREE AND REDUCED PRICE MEALS

To apply for free and reduced price meals, complete this application, sign your name and return the application to the school. Complete a separate application for each foster child. Call the school if you need help.#_____

1 Print **STUDENT INFORMATION.**

2 List each child's **FOOD STAMP** or **AFDC** case number, if any.

NAME	GRADE	NAME OF SCHOOL	FOOD STAMP NUMBER	OR	AFDC NUMBER

3 **FOSTER CHILD:** List the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no personal use income. $_____.

4 **HOUSEHOLD MEMBERS AND MONTHLY INCOME:** If you gave a food stamp or AFDC case number for each child, skip to **PART 5.**

NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS	Gross **MONTHLY** Earnings (Before Deductions) Job 1	Job 2	**MONTHLY** Welfare Payments, Child Support, Alimony	**MONTHLY** Payments from Pensions, Retirement, Social Security	Any Other **MONTHLY** Income
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$

5 **SIGNATURE AND SOCIAL SECURITY NUMBER:** I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of federal funds; that school officials may verify the information on the application; and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

X_____ X_____

Signature of Adult Household Member **Social Security Number***

HOME TELEPHONE NO._____ WORK TELEPHONE NO._____ PRINTED NAME_____

STREET/APT. NO_____ CITY/STATE/ZIP_____ DATE_____

6 **RACE:** Please check the racial or ethnic identity of your child(ren). You are not required to answer this question.

__White, not Hispanic __Black, not Hispanic __Hispanic __Asian/Pacific Islander __American Indian/Alaskan Native

*PRIVACY ACT STATEMENT: SECTION 9 OF THE NATIONAL SCHOOL LUNCH ACT REQUIRES THAT, UNLESS YOUR CHILD'S FOOD STAMP OR AFDC CASE NUMBER IS PROVIDED, YOU MUST INCLUDE THE SOCIAL SECURITY NUMBER OF THE ADULT HOUSEHOLD MEMBER SIGNING THE APPLICATION OR INDICATE THAT THE HOUSEHOLD MEMBER DOES NOT HAVE A SOCIAL SECURITY NUMBER. PROVISION OF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT MANDATORY, BUT IF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT GIVEN OR AN INDICATION IS NOT MADE THAT THE SIGNER DOES NOT HAVE SUCH A NUMBER, THE APPLICATION CANNOT BE APPROVED. THE SOCIAL SECURITY NUMBER MAY BE USED TO IDENTIFY THE HOUSEHOLD MEMBER IN CARRYING OUT EFFORTS TO VERIFY THE CORRECTNESS OF INFORMATION STATED ON THE APPLICATION. THESE VERIFICATION EFFORTS MAY BE CARRIED OUT THROUGH PROGRAM REVIEWS, AUDITS, AND INVESTIGATIONS AND MAY INCLUDE CONTACTING EMPLOYERS TO DETERMINE INCOME, CONTACTING A FOOD STAMP OR WELFARE OFFICE TO DETERMINE CURRENT CERTIFICATION FOR RECEIPT OF FOOD STAMPS OR AFDC BENEFITS, CONTACTING THE STATE EMPLOYMENT SECURITY OFFICE TO DETERMINE THE AMOUNT OF BENEFITS RECEIVED AND CHECKING THE DOCUMENTATION PRODUCED BY HOUSEHOLD MEMBERS TO PROVE THE AMOUNT OF INCOME RECEIVED. THESE EFFORTS MAY RESULT IN A LOSS OR REDUCTION OF BENEFITS, ADMINISTRATIVE CLAIMS OR LEGAL ACTIONS IF INCORRECT INFORMATION IS REPORTED.

FOR SCHOOL USE ONLY DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/ADC_____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE_____ APPROVED REDUCED PRICE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL:_____ UNTIL:_____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH_____ INCOMPLETE APPLICATION_____ OTHER_____

CHANGE IN STATUS: _____ DATE WITHDRAWN: _____
REASON DATE

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL_____ DATE_____

VERIFICATION NOTICE SENT: _____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD_____ SECOND NOTICE SENT:_____

VERIFICATION RESULT: NO CHANGE_____ FREE TO REDUCED PRICE_____ FREE TO PAID_____ REDUCED PRICE TO FREE_____ REDUCED PRICE TO PAID_____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE: INCOME_____ HOUSEHOLD SIZE_____ REFUSED TO COOPERATE_____ OTHER_____

CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC_____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN:_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL:_____ DATE:_____

LETTER TO HOUSEHOLDS
SPECIAL MILK PROGRAM

Dear Parent/Guardian:

The _____ school serves milk each school day. Children may buy milk for _____ . Children also may get free milk.

If you now get food stamps or AFDC for your children, your children can get free milk. If your total household income is the same or less than the amounts on the Income Chart below, your children can get free milk. A foster child may get free milk regardless of your income.

TO GET FREE MILK FOR YOUR CHILDREN, YOU MUST COMPLETE AN APPLICATION AND RETURN IT TO THE SCHOOL. WE CANNOT APPROVE AN APPLICATION THAT IS NOT COMPLETE.

HOW TO APPLY

If you now get food stamps or AFDC for the children you are applying for, the application must have the children's names, a food stamp or AFDC case number for each child, and the signature of an adult household member. If you are applying for a foster child, the application must have the child's name, the child's "personal use" income, and an adult signature. If you do not list a food stamp or AFDC case number for all the children you are applying for, then the application must have the children's names, the names of all household members, the amount of income each person got last month and where it came from, the signature of an adult household member and that adult's social security number or the word "none" if the adult does not have a social security number.

INCOME CHART

Household Size	Annual	Monthly	Weekly
1	8,606	718	166
2	11,544	962	222
3	14,482	1,207	279
4	17,420	1,452	335
5	20,358	1,697	392
6	23,296	1,942	448
7	26,234	2,187	505
8	29,172	2,431	561
For each add'l member add	+2,938	+245	+57

Verification: Your eligibility may be checked at any time during the school year. School officials may ask you to send papers showing that your children should get free milk.

Fair Hearing: You may talk to school officials if you do not agree with the school's decision on your application or the results of verification. You also may ask for a fair hearing. You may do this by calling or writing:

Name_____Phone_____

Address _____

_____

Reporting Changes: If your children get free milk because of your income, you must tell the school if your household size decreases or your income increases by more than $50 per month or $600 per year. If your children get milk because they get food stamps or AFDC, you must tell the school when you are not getting AFDC or food stamps for them. You may then fill out another application giving income information.

Confidentiality: School officials use the information on the application only to decide if your children should get free milk.

Reapplication: You may apply for free milk anytime during the school year. If you are not eligible now but have a change, like a decrease in household income, an increase in household size, become unemployed or get food stamps or AFDC for your children, complete an application then.

IN THE OPERATION OF THE CHILD FEEDING PROGRAMS, NO CHILD WILL BE DISCRIMINATED AGAINST BECAUSE OF RACE, SEX, COLOR, NATIONAL ORIGIN, AGE OR HANDICAP. IF YOU BELIEVE YOU HAVE BEEN DISCRIMINATED AGAINST, WRITE IMMEDIATELY TO THE SECRETARY OF AGRICULTURE, WASHINGTON, D.C. 20250.

We will let you know when your application is approved or denied.

Sincerely,

APPLICATION INSTRUCTIONS (Multi-child Milk)

To apply for free milk, complete the application using the instructions for your household. Sign the application and return the application to the school. Please complete a separate application for each foster child. Call the school if you need help: #_____

PART 1 - STUDENT INFORMATION: All HOUSEHOLDS COMPLETE THIS PART.

(1) Print the names of the children you are applying for.

(2) List their grade and school.

PART 2 - HOUSEHOLDS GETTING FOOD STAMPS OR AFDC: COMPLETE THIS PART and PART 5.

(1) List a current food stamp or AFDC case number for each child.

(2) Sign the application in PART 5. An adult household member must sign. SKIP PART 4 - Do not list names of household members or income if you list a food stamp or AFDC case number for each child.

PART 3 - HOUSEHOLDS WITH A FOSTER CHILD: COMPLETE THIS PART and PART 5 - **A foster child is the legal responsibility of a welfare agency or court.**

(1) List the foster child's monthly "personal use" income. Write "0" if the foster child does not get "personal use" income. SKIP PART 4 - Do not list any other children, household members or income.

(2) A foster parent or other official representing the child must sign the application in PART 5.

"Personal use" income is (a) money given by the welfare office identified by category for the child's personal use, such as for clothing, school fees, and allowances; and (b) all other money the child gets, such as money from his/her family and money from the child's full-time or regular part-time jobs.

PART 4 - ALL OTHER HOUSEHOLDS: COMPLETE THIS PART and PART 5.

(1) Write the names of everyone in your household, whether they get income or not. Include yourself, the children you are applying for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people in your household. Use another piece of paper if you need more space.

(2) Write the amount of income each household member got 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 that person's usual monthly income;

(3) An adult household member must sign the application and give his/her social security number in PART 5.

To Figure Monthly Income: Weekly x 4.33 Every 2 WEEKS x 2.15 Twice a Month x 2

PART 5 - SIGNATURE AND SOCIAL SECURITY NUMBER: ALL HOUSEHOLDS COMPLETE THIS PART

(1) All applications must have the **signature** of an adult household member;

(2) The application must have the **social security number** of the adult who signs. 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 you listed a food stamp or AFDC number for each child or if you are applying for a foster child, a social security number is not needed.

PART 6 - Racial/Ethnic Identity: Complete the racial/ethnic identity question if you wish. You are not required to answer this question to get free milk. We need this information to make sure that everyone is treated fairly.

INCOME TO REPORT

Earnings from Work
Wages/salaries/tips
Strike benefits
Unemployment compensation
Worker's compensation
Net income from self-owned business or farm

Welfare/Child Support/Alimony
Public assistance payments
Welfare payments
Alimony/child support payments

Pensions/Retirement/Social Security
Pensions
Supplemental Security Income
Retirement income
Veteran's payments
Social security

Other Income
Disability benefits
Cash withdrawn from savings
Interest/Dividends
Income from Estates/Trusts/Investments
Regular contributions from persons not living in the household
Net royalties/annuities/net rental income
Any other income

APPLICATION FOR FREE AND REDUCED PRICE MEALS

[illegible]y for free and reduced price meals, complete this application, sign your name and return the application to the school. Complete a separate application for each foster child. Call the school if you need help.#_____

1 Print **STUDENT INFORMATION.**

2 List each child's **FOOD STAMP** or **AFDC case number**, if any.

NAME	GRADE	NAME OF SCHOOL	FOOD STAMP NUMBER	OR	AFDC NUMBER

3 **FOSTER CHILD:** List the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no personal use income. $_____.

4 **HOUSEHOLD MEMBERS AND MONTHLY INCOME:** If you gave a food stamp or AFDC case number for each child, skip to **PART 5.**

NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS	Gross **MONTHLY** Earnings (Before Deductions) Job 1	Job 2	**MONTHLY** Welfare Payments, Child Support, Alimony	**MONTHLY** Payments from Pensions, Retirement, Social Security	Any Other **MONTHLY** Income
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$

5 **SIGNATURE AND SOCIAL SECURITY NUMBER:** I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is being given for the receipt of Federal funds; that school officials may verify the information on the application; and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

X_____ X_____

Signature of Adult Household Member **Social Security Number***

HOME TELEPHONE NO._____ WORK TELEPHONE NO._____ PRINTED NAME_____

STREET/APT. NO_____ CITY/STATE/ZIP_____ DATE_____

6 **RACE:** Please check the racial or ethnic identity of your child(ren). You are not required to answer this question.

__White, not Hispanic __Black, not Hispanic __Hispanic __Asian/Pacific Islander __American Indian/Alaskan Native

*PRIVACY ACT STATEMENT: SECTION 9 OF THE NATIONAL SCHOOL LUNCH ACT REQUIRES THAT, UNLESS YOUR CHILD'S FOOD STAMP OR AFDC CASE NUMBER IS PROVIDED, YOU MUST INCLUDE THE SOCIAL SECURITY NUMBER OF THE ADULT HOUSEHOLD MEMBER SIGNING THE APPLICATION OR INDICATE THAT THE HOUSEHOLD MEMBER DOES NOT HAVE A SOCIAL SECURITY NUMBER. P[illegible]ISION OF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT MANDATORY, BUT IF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT GIVEN OR AN [illegible]TION IS NOT MADE THAT THE SIGNER DOES NOT HAVE SUCH A NUMBER, THE APPLICATION CANNOT BE APPROVED. THE [illegible]L SECURITY NUMBER MAY BE USED TO IDENTIFY THE HOUSEHOLD MEMBER IN CARRYING OUT EFFORTS TO VERIFY THE CORRECTNESS OF INFORMATION STATED ON THE APPLICATION. THESE VERIFICATION EFFORTS MAY BE CARRIED OUT THROUGH PROGRAM REVIEWS, AUDITS, AND INVESTIGATIONS AND MAY INCLUDE CONTACTING EMPLOYERS TO DETERMINE INCOME, CONTACTING A FOOD STAMP OR WELFARE OFFICE TO DETERMINE CURRENT CERTIFICATION FOR RECEIPT OF FOOD STAMPS OR AFDC BENEFITS, CONTACTING THE STATE EMPLOYMENT SECURITY OFFICE TO DETERMINE THE AMOUNT OF BENEFITS RECEIVED AND CHECKING THE DOCUMENTATION PRODUCED BY HOUSEHOLD MEMBERS TO PROVE THE AMOUNT OF INCOME RECEIVED. THESE EFFORTS MAY RESULT IN A LOSS OR REDUCTION OF BENEFITS, ADMINISTRATIVE CLAIMS OR LEGAL ACTIONS IF INCORRECT INFORMATION IS REPORTED.

FOR SCHOOL USE ONLY DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE:_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/ADC_____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE_____ APPROVED REDUCED PRICE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL: _____ UNTIL: ____

[illegible] FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH _____ INCOMPLETE APPLICATION_____

O[illegible]_____

CHANGE IN STATUS: _____ DATE WITHDRAWN: _____
REASON DATE

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL_____ DATE_____

DATE VERIFICATION NOTICE SENT :_____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD_____ SECOND NOTICE SENT:_____

VERIFICATION RESULT : NO CHANGE_____ FREE TO REDUCED PRICE_____ FREE TO PAID_____ REDUCED PRICE TO FREE_____ REDUCED PRICE TO PAID_____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE : INCOME_____ HOUSEHOLD SIZE_____ REFUSED TO COOPERATE_____ CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC_____

OTHER_____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN:_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL:_____ DATE:_____

APPLICATION FOR FREE MILK

To apply for free milk, complete this application, sign your name and return the application to the school. Complete a separate application for each foster child. Call the school if you need help.#_____

1 Print **STUDENT INFORMATION.**

NAME	GRADE	NAME OF SCHOOL

2 List each child's **FOOD STAMP** or **AFDC case number**, if any.

FOOD STAMP NUMBER	OR	AFDC NUMBER

3 **FOSTER CHILD:** List the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no personal use income. $_____.

4 **HOUSEHOLD MEMBERS AND MONTHLY INCOME:** If you gave a food stamp or AFDC case number for each child, skip to **PART 5.**

NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS	Gross **MONTHLY** Earnings (Before Deductions) Job 1	Job 2	**MONTHLY** Welfare Payments, Child Support, Alimony	**MONTHLY** Payments from Pensions, Retirement, Social Security	Any Other **MONTHLY** Income
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$

[illegible]ATURE AND SOCIAL SECURITY NUMBER: I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I [illegible]stand that this information is being given for the receipt of Federal funds; that school officials may verify the information on the application; and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

X_____ X_____

Signature of Adult Household Member **Social Security Number***

HOME TELEPHONE NO._____ WORK TELEPHONE NO._____ PRINTED NAME_____

STREET/APT. NO_____ CITY/STATE/ZIP_____ DATE_____

6 **RACE:** Please check the racial or ethnic identity of your child(ren). You are not required to answer this question.

__White, not Hispanic __Black, not Hispanic __Hispanic __Asian/Pacific Islander __American Indian/Alaskan Native

*PRIVACY ACT STATEMENT: SECTION 9 OF THE NATIONAL SCHOOL LUNCH ACT REQUIRES THAT, UNLESS YOUR CHILD'S FOOD STAMP OR AFDC CASE NUMBER IS PROVIDED, YOU MUST INCLUDE THE SOCIAL SECURITY NUMBER OF THE ADULT HOUSEHOLD MEMBER SIGNING THE APPLICATION OR INDICATE THAT THE HOUSEHOLD MEMBER DOES NOT HAVE A SOCIAL SECURITY NUMBER. PROVISION OF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT MANDATORY, BUT IF A SOCIAL SECURITY NUMBER IS NOT GIVEN OR AN INDICATION IS NOT MADE THAT THE SIGNER DOES NOT HAVE SUCH A NUMBER, THE APPLICATION CANNOT BE APPROVED. THE SOCIAL SECURITY NUMBER MAY BE USED TO IDENTIFY THE HOUSEHOLD MEMBER IN CARRYING OUT EFFORTS TO VERIFY THE CORRECTNESS OF INFORMATION STATED ON THE APPLICATION. THESE VERIFICATION EFFORTS MAY BE CARRIED OUT THROUGH PROGRAM REVIEWS, AUDITS, AND INVESTIGATIONS AND MAY INCLUDE CONTACTING EMPLOYERS TO DETERMINE INCOME, CONTACTING A FOOD STAMP OR WELFARE OFFICE TO DETERMINE CURRENT CERTIFICATION FOR RECEIPT OF FOOD STAMPS OR AFDC BENEFITS, CONTACTING THE STATE EMPLOYMENT SECURITY OFFICE TO DETERMINE THE AMOUNT OF BENEFITS RECEIVED AND CHECKING THE DOCUMENTATION PRODUCED BY HOUSEHOLD MEMBERS TO PROVE THE AMOUNT OF INCOME RECEIVED. THESE EFFORTS MAY RESULT IN A LOSS OR REDUCTION OF BENEFITS, ADMINISTRATIVE CLAIMS OR LEGAL ACTIONS IF INCORRECT INFORMATION IS REPORTED.

FOR SCHOOL USE ONLY DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

[illegible]SEHOLD SIZE:_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/ADC_____

[illegible] DETERMINATION: APPROVED FREE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL:_____ UNTIL:_____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH_____ INCOMPLETE APPLICATION_____ OTHER_____

CHANGE IN STATUS: _____ DATE WITHDRAWN: _____
REASON DATE

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL_____ DATE_____

1992

LETTER TO HOUSEHOLDS
NATIONAL SCHOOL LUNCH PROGRAM/SCHOOL BREAKFAST PROGRAM

Dear Parent/Guardian:

_____ school serves meals each school day. Children may buy lunch for _____ and breakfast for ____. Children may get meals free or at a reduced price. All meals served must meet patterns established by the U.S. Department of Agriculture. However, if a child has been determined by a doctor to be handicapped and the handicap would prevent the child from eating the regular school meal, this school will make any substitutions prescribed by the doctor. If a substitution is needed, there will be no extra charge for the meal. If you believe your child needs substitutions because of a handicap, please get in touch with us for further information.

If you now get food stamps or AFDC for your children, your children can get free meals. If your total household income is the same or less than the amounts on the Income Chart below, your children can get free meals or reduced price meals. A foster child may get free or reduced price meals regardless of your income. The reduced price is ___ for lunch and ____ for breakfast.

TO GET FREE OR REDUCED PRICE MEALS FOR YOUR CHILDREN, YOU MUST COMPLETE AN APPLICATION AND RETURN IT TO THE SCHOOL. WE CANNOT APPROVE AN APPLICATION THAT IS NOT COMPLETE.

HOW TO APPLY

If you now get food stamps or AFDC for the children you are applying for, the application must have the children's names, a food stamp or AFDC case number for each child, and the signature of an adult household member. If you are applying for a foster child, the application must have the child's name, the child's "personal use" income, and an adult signature. If you do not list a food stamp or AFDC case number for all the children you are applying for, then the application must have the children's names, the names of all household members, the amount of income each person got last month and where it came from, the signature of an adult household member and that adult's social security number or the word "none" if the adult does not have a social security number.

INCOME CHART

Household Size	Annual	Monthly	Weekly
1	12,599	1,050	243
2	17,002	1,417	327
3	21,405	1,784	412
4	25,808	2,151	497
5	30,211	2,518	581
6	34,614	2,885	666
7	39,017	3,252	751
8	43,420	3,619	835
For each add'l member add	+4,403	+367	+85

Verification: Your eligibility may be checked at any time during the school year. School officials may ask you to send papers showing that your children should get free or reduced price meals.

Fair Hearing: You may talk to school officials if you do not agree with the school's decision on your application or the results of verification. You also may ask for a fair hearing. You may do this by calling or writing:

Name _____ Phone _____

Address _____

_____

Reporting Changes: If your children get free or reduced price meals because of your income, you must tell the school if your household size decreases or your income increases by more than $50 per month or $600 per year. If your children get meals because they get food stamps or AFDC, you must tell the school when you are not getting AFDC or food stamps for them. You may then fill out another application giving income information.

Confidentiality: School officials use the information on the application only to decide if your children should get free or reduced price meals.

Reapplication: You may apply for meals anytime during the school year. If you are not eligible now but have a change, like a decrease in household income, an increase in household size, become unemployed or get food stamps or AFDC for your children, complete an application then.

IN THE OPERATION OF THE CHILD FEEDING PROGRAMS, NO CHILD WILL BE DISCRIMINATED AGAINST BECAUSE OF RACE, SEX, COLOR, NATIONAL ORIGIN, AGE OR HANDICAP. IF YOU BELIEVE YOU HAVE BEEN DISCRIMINATED AGAINST, WRITE IMMEDIATELY TO THE SECRETARY OF AGRICULTURE, WASHINGTON, D.C. 20250.

We will let you know when your application is approved or denied.

Sincerely,

THƯ GỬI ĐẾN CÁC PHỤ HUYNH
CHƯƠNG TRÌNH ĂN TRỬA/ĐIỂM TÂM TẠI CÁC TRƯỜNG

Th[illegible]c Phụ Huynh/Các Giám Hộ:

N[illegible]ng _____ cung cấp các bữa ăn mỗi ngày. Học sinh có thể mua vé ăn trưa là $_____ và điểm tâm là $_____. Học sinh cũng có thể hưởng các vé ăn miễn phí hoặc được giảm tiền.

Mỗi bữa ăn phải được làm đúng theo tiêu chuẩn của Bộ Canh Nông Hoa Kỳ. Tuy nhiên, nếu con em có bác sĩ chứng nhận là có vấn đề khó khăn về sức khỏe và vì vậy không dùng được bữa ăn thường ngày của nhà trường thì bữa ăn sẽ được thay đổi cho đúng theo chỉ thị của Bác sĩ mà không phải tốn kém thêm cho bữa ăn đó. Nếu quý vị nghĩ rằng bữa ăn của con em cần phải thay đổi vì vấn đề sức khỏe, xin hãy liên lạc với chúng tôi để được hướng dẫn thêm.

Nếu quý vị nhận tem thực phẩm (food stamp) hoặc tiền trợ cấp xã hội (AFDC) cho các con của quí vị, các cháu có thể được hưởng các bữa ăn miễn phí. Nếu tổng số lợi tức trong gia đình bằng hay ít hơn các số lượng dưới đây, các cháu có thể được hưởng miễn phí hoặc trả rẻ hơn. Một đứa con nuôi có thể được hưởng miễn phí hoặc trả rẻ hơn tùy theo lợi tức của quí vị. Giá tiền giảm cho vé ăn trưa là $_____ và cho điểm tâm là $_____.

ĐỂ ĐƯỢC HƯỞNG MIỄN PHÍ HOẶC ĐƯỢC GIẢM GIÁ TIỀN, QUÍ VỊ CẦN ĐIỀN MẪU ĐƠN XIN VÀ GỬI LẠI CHO NHÀ TRƯỜNG. CHÚNG TÔI KHÔNG THỂ NHẬN MỘT MẪU ĐƠN XIN MÀ KHÔNG ĐIỀN ĐẦY ĐỦ CHI TIẾT.

CÁCH LÀM ĐƠN

Nếu quí vị nhận food stamps hoặc AFDC cho các cháu mà quí vị nạp đơn xin, thì mẫu đơn cần phải có họ và tên của cháu, số food stamps hoặc AFDC và chữ ký của một người phụ huynh. **Nếu quí vị xin cho một đứa con nuôi**, mẫu đơn xin phải có họ và tên của cháu, lợi tức riêng của cháu, và chữ ký của một người đứng tuổi. **Nếu quí vị không ghi số food stamps hoặc AFDC** cho các cháu trong đơn xin, thì đơn xin phải có họ và tên các [illegible]ọ và tên các người trong gia đình , số lợi tức của từng ng[illegible] trong tháng vừa qua và nguồn gốc của lợi tức đó, chữ ký của một người lớn trong gia đình và số thẻ an sinh xã hội (social security number) của người đó hoặc ghi là không có nếu người đó không có thẻ này.

BẢNG LỢI TỨC

Số người trong gia đình	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng tuần
1	12,599	1,050	243
2	17,002	1,417	327
3	21,405	1,784	412
4	25,808	2,151	497
5	30,211	2,518	581
6	34,614	2,885	666
7	39,017	3,252	751
8	43,420	3,619	835
Cứ mỗi người thêm:	+4,403	+367	+85

Kiểm chứng: Đơn xin hợp lệ của quí vị có thể bị kiểm chứng bất cứ lúc nào trong niên khóa. Nhà trường có thể yêu cầu quí vị gửi giấy tờ để chứng minh là các cháu được hưởng miễn phí hoặc được trả giảm giá tiền.

Khiếu nại: Quí vị có thể nói chuyện với ban quản lý nhà trường nếu quí vị không đồng ý với quyết định của trường hoặc kết quả của sự kiểm chứng. Quí vị có thể khiếu nại bằng sự điều trần. Quí vị có thể gửi hoặc viết thư cho :

Họ và tên:_____ điện thoại:_____

Địa chỉ:_____

_____

Thông báo các thay đổi: Nếu các cháu được hưởng miễn phí hoặc được giảm tiền ăn vì lợi tức của quí vị, quí vị cần phải báo nhà trường nếu nhân số trong gia đình giảm xuống hoặc lợi tức tăng hơn $50.00 mỗi tháng hay $600.00 mỗi năm. Nếu các cháu được hưởng food stamps hoặc AFDC thì quí vị cần báo nhà trường khi quí vị không còn nhận food stamps hoặc AFDC cho các cháu. Quí vị có thể điền một đơn khác cho biết về lợi tức nói trên.

Sử tín nhiệm: Ban quản lý nhà trường chỉ dùng các chi tiết ghi trong đơn xin để quyết định nếu các cháu có được hưởng miễn phí hoặc [illegible] giá tiền ăn mà thôi.

[illegible] **nạp đơn**: Quí vị có thể nạp đơn bất cứ lúc nào trong niên khóa. Nếu bây giờ quí vị không đủ tiêu chuẩn, nhưng có sự thay đổi như là lợi tức gia đình giảm đi, nhân sự tăng lên, bị thất nghiệp hoặc nhận food stamps hay AFDC cho các cháu thì quí vị cần nạp đơn lúc đó.

TRONG VIỆC ĐIỀU HÀNH CHƯƠNG TRÌNH NUÔI DƯỠNG TRẺ EM, KHÔNG CÓ MỘT TRẺ EM NÀO BỊ KỲ THỊ VÌ SẮC TỘC, PHÁI TÍNH, MÀU DA, NGUỒN GỐC, TUỔI TÁC HAY TẬT NGUYỀN. NẾU QUÍ VỊ TIN RẰNG CÓ SỰ KỲ THỊ THÌ LẬP TỨC VIẾT THƯ TỚI THE SECRETARY OF AGRICULTURE, WASHINGTON, D.C. 20250.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quí vị rõ khi nào đơn của quí vị được chấp thuận hay từ chối.

Kính chào,

Viet 1b '92 Letter

សំបុត្រមកដល់គ្រួសារនានា

កម្មវិធីជាតិអំពីបាយថ្ងៃត្រង់/បាយព្រឹកនៅសាលា

សូមជំរាបមកមាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល :

សាលារៀន _____ ប្រើប្រាស់បាយរាល់ថ្ងៃរៀន។ កុមារកុមារីអាចទិញបាយថ្ងៃត្រង់ដែលមានតម្លៃ _____ និងបាយព្រឹកដែលមានតម្លៃ _____ បាន។ កុមារកុមារីអាចទទួលបាយដោយមិនបាច់បង់ថ្លៃឬក៏បង់ថ្លៃឬក៏បង់ថ្លៃដែលគេបញ្ជុះឲ្យ។ អ្នកទាំងអស់ដែលលក់នៅសាលារៀនត្រូវតែគោរពតាមគោលការណ៍ដែលក្រសួងកសិកម្មរបស់ ស.រ.អ. បានបង្កើតឡើង(ដើម្បីឲ្យធ្វើតាម)។ ក៏ប៉ុន្តែនៅក្នុងករណីណាដែលគ្រូពេទ្យបានបញ្ជាក់ថា ក្មេងណាម្នាក់ជាក្មេងពិការ, ហើយដោយសារការពិការនេះ ក្មេងនេះមិនអាចបរិភោគអ្នកបអាហារនៅសាលារៀនបានទេនោះ សាលារៀននេះនឹងធ្វើមុខម្ហូបដែលគ្រូពេទ្យបញ្ជា ដើម្បីជំនួសអ្នកបធម្មតាវិញ។ បើក្មេងនេះត្រូវការមុខម្ហូបជំនួសនោះ សាលារៀនមិនគិតលុយលើមុខម្ហូបបន្ថែមនោះទេ។ បើលោកអ្នកដឹងថាកូនលោកអ្នកត្រូវការមុខម្ហូបជំនួសនេះ ដោយសារកូនលោកអ្នកពិការ សុំអញ្ជើញទាក់ទងនឹងយើង ដើម្បីទទួលពត៌មានបន្ថែមទៀត។

បើសិនជាលោកអ្នកមានហ្វ៊ីតស្តែម ឬមួយក៏មាន AFDC សំរាប់កូនរបស់លោកអ្នក កូនរបស់លោកអ្នកអាចបានបាយពីសាលារៀនដោយមិនបាច់បង់ថ្លៃ។ បើប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារលោកអ្នកទាំងអស់ស្មើ ឬក៏តិចជាងចំនួននៅក្នុងតារាងរាយខាងក្រោមនេះ កូនលោកអ្នកអាចទទួលអាហារដោយមិនបាច់ចេញថ្លៃឬចេញថ្លៃដែលគេបញ្ជុះឲ្យ។ កូនចិញ្ចឹមអ្នកអាចទទួលអាហារដោយមិនបាច់ចេញថ្លៃ ឬក៏ចេញថ្លៃដែលគេបញ្ជុះដោយ មិនគិតអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកឡើយ។ ថ្លៃបញ្ជុះសំរាប់បាយថ្ងៃត្រង់គឺ _____ និងថ្លៃបញ្ជុះសំរាប់បាយព្រឹកគឺ _____ ។

ដើម្បីឲ្យកូនលោកអ្នកទទួលអាហារដោយមិនបាច់បង់ថ្លៃ ឬក៏បង់ថ្លៃបញ្ជុះ លោកអ្នកត្រូវបំពេញពាក្យសុំ ហើយផ្ញើក្រដាស់នេះទៅសាលារៀន។ យើងខ្ញុំមិនអាចទទួលយកពាក្យសុំណាដែលបំពេញមិនបានសព្វគ្រប់ទេ។

របៀបដាក់ពាក្យសុំ

<u>បើអ្នកទទួលហ្វ៊ីតស្តែមឬក៏ AFDC</u> សំរាប់កូនអ្នកដែលអ្នកបានដាក់ នៅក្នុងពាក្យសុំ អ្នកត្រូវដាក់ឈ្មោះកូនអ្នក លេខគេហទំព័រ លេខហ្វ៊ីតស្តែម ឬលេខសំណុំរឿង AFDC សំរាប់ក្មេងម្នាក់ៗ និងហត្ថលេខារបស់មនុស្សចាស់ម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ។ <u>បើអ្នកដាក់ពាក្យសំរាប់កូនចិញ្ចឹមម្នាក់</u> ពាក្យសុំត្រូវមានឈ្មោះរបស់ក្មេង ប្រាក់ចំណូលសំរាប់ក្មេងប្រើប្រាស់ផ្ទាល់ខ្លួន និងហត្ថលេខារបស់មនុស្សចាស់ម្នាក់។ <u>បើអ្នកមិនចុះលេខហ្វ៊ីតស្តែម ឬសំណុំរឿង AFDC</u>នៅក្នុងពាក្យសុំសំរាប់ក្មេងទាំងអស់នោះទេ ពាក្យសុំត្រូវមានឈ្មោះក្មេងៗ ឈ្មោះរបស់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ ចំនួនប្រាក់ចំណូលដែលមនុស្សម្នាក់ៗបានទទួលនៅខែមុន និងកន្លែងប្រភពប្រាក់នេះ ហត្ថលេខារបស់មនុស្សចាស់ម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ និងលេខសូស្យាល់សេគ្យូរីទីរបស់អ្នកនោះ ឬក៏ពាក្យ "none" បើអ្នកនោះគ្មានលេខសូស្យាល់សេគ្យូរីទីទេ។

តារាងរាយប្រាក់ចំណូល

ចំនួនគ្រួសារ	ប្រចាំឆ្នាំ	ប្រចាំខែ	ប្រចាំអាទិត្យ
1	12,599	1,050	243
2	17,002	1,417	327
3	21,405	1,784	412
4	25,808	2,151	497
5	30,211	2,518	581
6	34,614	2,885	666
7	39,017	3,252	751
8	43,420	3,619	835
បើមានលើសពី ៨ នាក់សូមបន្ថែមសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ	+4,403	+367	+85

Cam 1a
'92 Letter

សេចក្តីបញ្ជាក់: គេអាចបញ្ជាក់នូវសិទ្ធិសុំអាហារនៅសាលារៀននៅពេលណាក៏បាននៅក្នុងឆ្នាំសិក្សា។ អ្នកកាន់កាប់សាលារៀនអាចសុំឲ្យ លោកអ្នកផ្ញើសំបុត្រស្នាមដៃលបង្ហាញឲ្យឃើញថាកូនរបស់លោកអ្នកត្រូវទទួលអាហារដោយឥតបង់ថ្លៃ ឬបង់ថ្លៃដែលគេបញ្ចុះ។

ការស្នើតវ៉ា: លោកអ្នក អាចនិយាយជាមួយនឹងអ្នកកាន់កាប់សាលារៀន បើលោកអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសំរេចរបស់សាលារៀនអំពីពាក្យសុំ ឬលទ្ធផលនៃការបញ្ជាក់ទេ។ លោកអ្នកអាចសុំឲ្យមានការស្នើតវ៉ាដ៏ត្រឹមត្រូវផងដែរ។ លោកអ្នកអាចសុំស្នើតវ៉ាដោយទូរស័ព្ទឬសរសេរសំបុត្រទៅ:

ឈ្មោះ _____ ទូរ សព្ទ _____

អាសយដ្ឋាន _____

_____

ការឲ្យដំណឹងពីការផ្លាស់ប្តូរ: បើកូនលោកអ្នកទទួលអាហារដោយមិនបាច់បង់ថ្លៃឬក៏បង់ថ្លៃដែលគេបញ្ចុះឲ្យ, ដោយសារប្រាក់ចំណូលតិចតួច លោកអ្នកត្រូវប្រាប់ឲ្យសាលាសាលារៀនគេដឹងបើចំនួនមនុស្សក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកចុះ ឬបើប្រាក់ចំណូលកើនឡើងច្រើនជាង ៥០ ដុល្លាក្នុងមួយខែ ឬ ៦០០ ដុល្លាក្នុងមួយឆ្នាំ។ បើកូនលោកអ្នកទទួលអាហារដោយសារគេទទួលហ្វឹតស្ដែមឬ AFDC លោកអ្នកត្រូវប្រាប់សាលារៀនឲ្យដឹងនៅពេលណាដែលលោកអ្នកលែងទទួលប្រាក់ AFDC ឬហ្វឹតស្ដែមទៀត។ នៅពេលនោះ លោកអ្នកអាចបំពេញពាក្យសុំមួយទៀតដោយផ្តល់នូវពត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល។

ការសំងាត់: អ្នកកាន់កាប់សាលារៀនប្រើពត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំ គ្រាន់តែសំរាប់សំរេចថាតើកូនលោកអ្នកត្រូវទទួលអាហារដោយមិនបាច់បង់ថ្លៃ ឬក៏បង់ថ្លៃដែលគេបញ្ចុះប៉ុណ្ណោះ។

ការដាក់ពាក្យសារជាថ្មី: លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំទទួលអាហារនៅពេលណាក៏បាននៅក្នុងឆ្នាំសិក្សា។ បើមកទល់ពេលនេះកូនលោកអ្នកមិនអាចទទួលបាន, ប៉ុន្តែឥឡូវមានការផ្លាស់ប្តូរ ដូចជាការថយចុះប្រាក់ចំណូលនៃគ្រួសារ ការមានមនុស្សចូលថែមទៀត ការអត់ការធ្វើ ឬការទទួលហ្វឹតស្ដែមឬ AFDC សំរាប់កូនលោកអ្នក, លោកអ្នកត្រូវបំពេញពាក្យសុំម្តងទៀត។

នៅក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធីឲ្យអាហារទៅកុមារភាពកុមារី គេគ្មានប្រកាន់សាសន៍ដោយសារ ភេទ ពណ៌ស្បែក សញ្ជាតិដើម អាយុ ឬវិកលទ្ធភាពឡើយ។ បើលោកអ្នកគិតថាគេប្រកាន់បើសនើងចំពោះលោកអ្នក, លោកអ្នកត្រូវសរសេរសំបុត្រយ៉ាងប្រញ្ជាប់ទៅរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងកសិកម្ម នៅទីក្រុងវ៉ាស៊ីនតោន 20250។

យើងខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងទៅលោកអ្នកនៅពេលណាដែលគេយល់ព្រមឬមិនយល់ព្រមតាមពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

ដោយមេត្រីភាព

CARTA A LAS FAMILIAS
PROGRAMA NACIONAL DE ALMUERZOS ESCOLARES/PROGRAMA DE DESAYUNOS ESCOLARES

Estimado padre o tutor:

La escuela _____ sirve comidas todos los días del ciclo escolar. Los niños pueden comprar el almuerzo por ___ y el desayuno por ___. Además, pueden obtener comidas gratis o a precios reducidos. Todas las comidas que se sirven deben responder a pautas fijadas por el Departamento de Agricultura de los EE.UU. Sin embargo, si hay un niño con algún impedimento físico diagnosticado por un médico que le impida comer las comidas normales de la escuela, ésta se encargará de sustituirlas por aquellas que prescriba el médico. No se cobrará ningún suplemento extra en el caso de ser necesario reemplazar alguna comida. Si usted cree que su niño o niña necesita alguna otra comida debido a su impedimento, sírvase comunicarse con nosotros para obtener más información.

Si usted está recibiendo cupones de alimentos o AFDC para sus hijos, ellos pueden obtener comidas gratis. Si el total de los ingresos de su hogar equivale o es inferior a las cantidades indicadas en el Cuadro de Ingresos que figura a continuación, sus hijos pueden obtener comidas gratis o a precios reducidos por sus comidas. Sus hijos de crianza pueden obtener comidas gratis o a precios reducidos, independientemente de los ingresos que usted tenga. El precio reducido es ____ por el almuerzo y _____ por el desayuno.

PARA OBTENER COMIDAS GRATIS O A PRECIOS REDUCIDOS PARA SUS HIJOS, USTED DEBE LLENAR UNA SOLICITUD Y ENVIARLA A LA ESCUELA. NO PODREMOS APROBAR NINGUNA SOLICITUD QUE NO ESTE COMPLETA.

COMO PRESENTAR LA SOLICITUD

Si recibe cupones para comprar alimentos o AFDC para los niños que son objeto de la solicitud, ésta deberá incluir los nombres de los niños, el número de los cupones de alimentos o de caso de AFDC de cada niño y la firma de un familiar adulto. Si presenta la solicitud para un hijo de crianza, la solicitud deberá incluir el nombre del niño, los ingresos para el "uso personal" del niño y la firma de un adulto. Si usted no incluye un número de cupones de alimentos o de caso de AFDC para cada niño objeto de la solicitud, ésta deberá incluir los nombres de los niños, los nombres de todos las personas que integran la familia, la cantidad y la procedencia de los ingresos percibidos por cada persona durante el mes anterior a la solicitud, la firma y el número de seguridad social del mismo de un familiar adulto, o bien la palabra "none" [ninguno], si dicho familiar adulto no tiene un número de seguridad social.

CUADRO DE INGRESOS

Número de integrantes de la familia	Anual	Mensual	Semanal
1....	12.599....	1.050.....	243
2....	17.002....	1.417.....	327
3....	21.405....	1.784.....	412
4....	25.808....	2.151.....	497
5....	30.211....	2.518.....	581
6....	34.614....	2.885.....	666
7....	39.017....	3.252.....	751
8....	43.420....	3.619.....	835
Por cada familiar extra, sumar....	+4.403....	+367.....	+85

Verificación: Es posible que en cualquier momento del ciclo escolar se verifiquen las condiciones o requisitos exigidos. Los funcionarios escolares pueden pedirle que envíe pruebas para demostrar que sus hijos reúnen los requisitos exigidos para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

Audiencia imparcial: Si no está de acuerdo con la decisión que la escuela tome con respecto a su solicitud, o con los resultados de la verificación, puede dirigirse a los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia imparcial. Para ello debe llamar o escribir a:

Nombre_____ Teléfono_____

Dirección _____

_____

Notificación sobre cambios: Si sus hijos reciben comidas gratis o a precio reducido como consecuencia de su nivel de ingresos, usted debe notificar a la escuela si el número de integrantes de su familia disminuye o si sus ingresos aumentan más de $50 al mes o $600 al año. Si sus hijos están obteniendo comidas porque reciben cupones de alimentos o AFDC, usted debe notificar a la escuela cuando deja de recibir los cupones o AFDC para ellos. Posteriormente, puede llenar otra solicitud suministrando información sobre sus ingresos.

Carácter confidencial: Los funcionarios escolares sólo utilizan la información contenida en las solicitudes para decidir si sus hijos deben recibir comidas gratis o a precios reducidos.

Nueva solicitud: Usted puede presentar una solicitud de comidas en cualquier momento durante el ciclo escolar. Si en la actualidad no reúne los requisitos exigidos pero su situación cambia, por ejemplo si disminuyen sus ingresos familiares, si aumenta el número de integrantes de su familia, si usted queda cesante o recibe cupones de alimentos o AFDC para sus hijos, llene una solicitud.

DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE ALIMENTOS PARA NIÑOS, NO SE DISCRIMINARA A NINGUN NIÑO POR SU RAZA, SEXO, COLOR, NACIONALIDAD, EDAD O INCAPACIDAD. SI USTED CONSIDERA QUE HA SIDO DISCRIMINADO, ESCRIBA DE INMEDIATO AL SECRETARIO DE AGRICULTURA, WASHINGTON, D.C. 20250.

Le notificaremos cuando se apruebe o rechace su solicitud.

Lo saluda atentamente,

SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS

Para solicitar comidas gratis y a precios reducidos, llene esta solicitud, fírmela y envíela a la escuela. Llene una solicitud aparte para cada hijo de crianza. Llame a la escuela si necesita ayuda. Tel. _____

1 INFORMACION SOBRE EL ALUMNO

2 Escriba el número de CUPONES DE ALIMENTOS O de caso de AFDC de cada niño, si corresponde

NOMBRE	GRADO	NOMBRE DE LA ESCUELA	# DE CUPONES DE ALIMENTOS	# DE AFDC

3 HIJO DE CRIANZA: Indique los ingresos mensuales del niño para uso personal. Escriba '0' si el niño no tiene ingresos para uso personal. $_____

4 INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR E INGRESOS MENSUALES: Si indicó un número de cupones de alimentos o de un caso de AFDC para cada niño, siga con la PARTE 5.

NOMBRES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	Importe bruto de los ingresos MENSUALES (sin deducciones) *Trabajo 1*	*Trabajo 2*	Importes MENSUALES por asistencia social, pensión alimentaria	Importes MENSUALES de pensiones, jubilación, seguridad soc.	Cualquier otro ingreso MENSUAL
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$

5 FIRMA Y NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: Certifico que la información precedente es cierta y correcta y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que el propósito de esta información es la adjudicación de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información incluida en esta solicitud; y que como consecuencia de alguna declaración errónea o falsa de la información puedo ser objeto de una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.

X _____ X _____

Firma de un integrante adulto del grupo familiar — Número de Seguridad Social*

TELEFONO PARTICULAR_____ TELEFONO DEL TRABAJO_____ NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE_____

DIRECCION_____ CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL_____ FECHA_____

6 RAZA: Sírvase indicar la raza o grupo étnico al que pertenecen sus hijos. No es obligatorio responder a esta pregunta.

__ Blanco, no hispano __ Negro, no hispano __ Hispano __ Asiático/Isla del Pacífico __ Indio amer./nativo de Alaska

*DECLARACION DE LA LEY DE DERECHO A LA PRIVACIDAD: LA SECCION 9 DE LA LEY NACIONAL DE ALMUERZOS ESCOLARES ESTABLECE QUE, A MENOS QUE SUMINISTRE UN NUMERO DE CUPONES DE ALIMENTOS O DE CASO DE AFDC PARA SU HIJO, USTED DEBE INDICAR EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL INTEGRANTE ADULTO DEL GRUPO FAMILIAR QUE FIRME LA SOLICITUD, O BIEN, INDICAR QUE DICHA PERSONA NO CUENTA CON UN NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL. LA PROVISION DE UN NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL NO ES OBLIGATORIA, PERO SI NO SE PROPORCIONA UN NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, O NO SE INDICA QUE EL SIGNATARIO NO TIENE TAL NUMERO, NO SE PODRA APROBAR LA SOLICITUD. SE PUEDE UTILIZAR EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA IDENTIFICAR AL INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR CUANDO SE GESTIONE LA VERIFICACION DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACION QUE CONSTE EN LA SOLICITUD. ESTOS TRAMITES DE VERIFICACION PODRAN LLEVARSE A CABO A TRAVES DE REVISIONES DE PROGRAMAS, AUDITORIAS E INVESTIGACIONES Y PUEDEN CONSISTIR EN LLAMADAS A LOS EMPLEADORES PARA DETERMINAR LOS INGRESOS, A LAS OFICINAS DE CUPONES DE ALIMENTOS O ASISTENCIA SOCIAL PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LA CERTIFICACION PARA RECIBIR CUPONES DE ALIMENTOS O BENEFICIOS DE AFDC, A LA OFICINA ESTATAL DE SEGURIDAD DE EMPLEO PARA DETERMINAR EL IMPORTE DE LOS BENEFICIOS RECIBIDOS Y VERIFICAR LA DOCUMENTACION ENTREGADA POR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR COMO PRUEBA DE LOS INGRESOS RECIBIDOS. ESTOS TRAMITES PUEDEN OCASIONAR LA PERDIDA O REDUCCION DE LOS BENEFICIOS, RECLAMOS ADMINISTRATIVOS O ACCIONES LEGALES SI SE PROPORCIONA INFORMACION FALSA.

PARA USO DE LA ESCUELA UNICAMENTE - NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LINEA

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/AOC_____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE_____ APPROVED REDUCED PRICE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL:_____ UNTIL:_____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH_____ INCOMPLETE APPLICATION_____ OTHER_____

CHANGE IN STATUS: _____ REASON _____ DATE DATE WITHDRAWN: _____

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL_____ DATE_____

VERIFICATION NOTICE SENT:_____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD_____ SECOND NOTICE SENT:_____

VERIFICATION RESULT: NO CHANGE_____ FREE TO REDUCED PRICE_____ FREE TO PAID_____ REDUCED PRICE TO FREE_____ REDUCED PRICE TO PAID_____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE: INCOME_____ HOUSEHOLD SIZE_____ REFUSED TO COOPERATE_____ OTHER_____

CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC_____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN:_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL:_____ DATE_____

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

A fin de solicitar comidas gratis o a precios reducidos, le rogamos llenar la solicitud siguiendo las instrucciones que correspondan a la situación de su hogar. Firme la solicitud y envíela a la escuela. Sírvase llenar una solicitud aparte para cada hijo de crianza. Llame a la escuela si necesita ayuda: Tel. _____

PARTE 1: INFORMACION SOBRE EL ALUMNO: TODAS LAS FAMILIAS DEBEN LLENAR ESTA PARTE.

(1) Escriba en letra de molde los nombres de los niños para los que presenta la solicitud.

(2) Indique el grado y la escuela.

PARTE 2: GRUPOS FAMILIARES QUE RECIBAN CUPONES DE ALIMENTOS O AFDC:

(1) Indique un número vigente de cupones de alimentos o de caso de AFDC para cada niño.

(2) Firme la solicitud en la PARTE 5. La firma deberá corresponder a un miembro adulto de la familia. OMITA LA PARTE 4. Si indica un número de cupones de alimentos o de caso de AFDC para cada niño, no enumere los nombres de los integrantes del grupo familiar ni sus ingresos.

PARTE 3: GRUPOS FAMILIARES CON HIJOS DE CRIANZA: LLENAR ESTA PARTE Y LA PARTE 5. **Los hijos de crianza permanecen bajo la responsabilidad legal de un organismo de asistencia social o de un tribunal.**

(1) Indique los ingresos para "uso personal" que recibe su hijo de crianza. Escriba "0" si el niño no recibe ningún ingreso para "uso personal". OMITA LA PARTE 4. No enumere ningún otro niño, familiar ni ingresos.

(2) Un padre de crianza o cualquier otro funcionario que represente al niño deberá firmar la solicitud en la PARTE 5.

Ingresos para "uso personal" son: (a) aquellos importes que otorgue la oficina de asistencia social y estén identificados por categoría para el uso personal del niño, como por ejemplo para ropa, matrículas escolares y estipendios, y (b) todo otro importe que el niño reciba, tal como dinero de su familia y de sus trabajos de jornada completa o parcial.

PARTE 4: TODOS LOS DEMAS GRUPOS FAMILIARES: LLENAR ESTA PARTE Y LA PARTE 5.

(1) Escriba los nombres de todos los integrantes del grupo familiar, sin importar si reciben ingresos o no. Incluya su nombre, los niños objeto de la solicitud, todos los demás niños, su cónyuge, abuelos y demás personas que vivan en su hogar, ya sean parientes o no. Utilice otra hoja de papel si es necesario.

(2) Indique el ingreso que cada integrante del grupo familiar recibió el mes pasado, sin las deducciones impositivas o cualquier otra deducción, y la procedencia de dichos montos, como por ejemplo salario, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si alguno de los montos recibidos el mes pasado fueron mayores o inferiores que los habituales, indique el ingreso mensual normal de la persona.

(3) Un integrante adulto del grupo familiar deberá firmar la solicitud e indicar su número de seguridad social en la PARTE 5.

Para calcular el ingreso mensual: semanal x 4,33. Cada 2 semanas x 2,15. Dos veces al mes x 2.

PARTE 5: FIRMA Y NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: TODOS LOS GRUPOS FAMILIARES DEBEN LLENAR ESTA PARTE.

(1) Todas las solicitudes deben estar firmadas por un integrante adulto del grupo familiar.

(2) La solicitud deberá incluir el número de seguridad social de la persona adulta que la firme. En caso de dicha persona no tenga un número de seguridad social, escriba "none" [ninguno] o algo que así lo indique. Si indicó un número de cupones de alimentos o AFDC por cada niño, o si presenta la solicitud en nombre de un hijo de crianza, no es necesario indicar un número de seguridad social.

PARTE 6: Raza/Grupo étnico: Llene esta sección correspondiente a la raza y el grupo étnico únicamente si desea hacerlo. No es obligatorio contestar a esta pregunta para poder recibir comidas gratis o a precios reducidos. Necesitamos esta información para asegurarnos de que todos sean tratados en forma equitativa.

INGRESOS A DECLARAR EN EL INFORME

Remuneraciones por trabajo
Jornales/salarios/propinas
Subsidios de huelga
Compensación por desempleo
Ingresos netos de algún negocio o granja de su propiedad

Asistencia social/pensión alimentaria
Pagos de asistencia pública
Pagos de asistencia social
Pagos por pensión alimentaria

Pensión/jubilación/seguridad social
Pensiones
Ingresos por seguridad complementaria
Jubilación
Pagos a veteranos
Seguridad social

Otros ingresos
Beneficios por incapacidad
Efectivo proveniente de ahorros, intereses, dividendos
Ingresos de patrimonio sucesorio, fideicomisos, inversiones
Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar
Regalías netas, rentas vitalicias, alquileres netos.
Cualquier otro ingreso

CARTA PARA LOS HOGARES
NOTIFICACION DE SELECCION PARA COMPROBACION DE ELEGIBILIDAD

(student's name) (school) (date)

Dear: _____

Esta carta requiere que Ud. envíe información o que se communique con (official's name) antes del (date).

La solicitud de su hijo ha sido seleccionada como parte de una revisión para comprobar que sólo estudiantes elegibles reciben beneficios de comidas gratis o a precio reducido.

Ud. debe enviar cualquiera de las dos pruebas siguientes: (1) documentos que demuestren que Ud. recibe Cupones de Alimentos(Food Stamps) o Ayuda a Familias con niños dependientes (AFDC) o (2) los nombres y números de seguro social para cada miembro adulto de su hogar en la hoja incluída y documentos que demuestren el ingreso actual de su hogar.

Hemos incluído información que muestra las clases de documentos que Ud. puede usar para comprobar que Ud. recibe cupones de alimentos o AFDC actualmente para su hijo o demostrar el ingreso de su hogar. Si es posible, no envíe documentos originales. Si acaso Ud. envía documentos originales, se les devolverán sólo si los pide.

Si Ud. no envia información que compruebe que su hijo es elegible para recibir beneficios de comidas gratis o a precio reducido antes del (la fecha arriba), estos beneficios de comida se terminarán.

Si Ud. tiene alguna pregunta, o necesita asistencia, favor de comunicarse con: _____, teléfono:_____.
Si Ud. no recibe noticias de nosotros antes del (fecha), las comidas gratis o a precio reducido continuarán sin interupción.

Le agradecemos su cooperación en este asunto.

Cordialmente,

Adjunte: (Formulario para Números de Seguro Social/Comprobación de informacion para comidas gratis o a precio reducido)

En la operación de los programas de alimentación infantiles, ningún niño será objeto de discriminación a causa de raza, sexo, color, origen nacional, edad o impedimento. Si Ud. cree que ha sido objeto de discriminación, escriba inmediatamente al Secretario de Agricultura, Washington, D.C. 20250

ຈົດໝາຍເຖິງບັນດາຄອບຄົວ (ໂຄງການອາຫານສຳລັບລູກຫລານ)

ໂຄງການອາຫານທ່ຽງ/ໂຄງການອາຫານເຊົ້າ ປະຈຳໂຮງຮຽນທົ່ວປະເທດ

ເຖິງ ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ນັກຮຽນ

ທາງໂຮງຮຽນ_____ ບໍລິການອາຫານປະຈຳທຸກໆວັນທີ່ໂຮງຮຽນເປີດ. ເດັກນັກຮຽນຈະຊື້ອາຫານທ່ຽງໄດ້ໃນລາຄາ_____ ແລະອາຫານເຊົ້າໃນລາຄາ_____ . ເດັກນັກຮຽນບາງຄົນອາດໄດ້ກິນອາຫານຟຣີ ຫລືຫລຸດລາຄາ. ອາຫານທຸກຄາບຈະຕ້ອງຈັດໄປຕາມລາຍການທີ່ທາງກະຊວງກະເສດສະຫະລັດໄດ້ວາງອອກໄວ້. ຢ່າງໃດກໍດີ, ຖ້າຫາກນາຍແພດລົງຄວາມເຫັນວ່າເດັກຄົນໃດເປັນຄົນເສັ້ນອ້ວນ ແລະອາການດັ່ງກ່າວຈະເຮັດໃຫ້ເດັກກິນອາຫານບາງຢ່າງຕາມລາຍການອາຫານທັມມະດາຂອງໂຮງຮຽນບໍ່ໄດ້ນັ້ນ, ທາງໂຮງຮຽນຈະຈັດອາຫານຕາມທີ່ນາຍແພດສັ່ງນັ້ນໃຫ້ແທນ. ໃນກໍລະນີທີ່ຕ້ອງຈັດອາຫານພິເສດໃຫ້ນີ້ ຈະບໍ່ມີການຄິດຄ່າອາຫານເພີ້ມຂຶ້ນແຕ່ຢ່າງໃດ. ຖ້າຫາກທ່ານເຊື່ອວ່າລູກຂອງທ່ານຕ້ອງການອາຫານພິເສດຍ້ອນອາການເສັ້ນອ້ວນດັ່ງທີ່ກ່າວມານີ້, ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ກັບພວກເຮົາ ເພື່ອຂໍຊາບລາຍລະອຽດເພີ້ມຕື່ມ.

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບຟູດສະແຕມ ຫລືໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເອແອັນດີຊີ ສຳລັບເດັກຂອງທ່ານຢູ່ໃນເວລານີ້ນັ້ນ, ເດັກຂອງທ່ານຈະໄດ້ກິນອາຫານໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສັຽຄ່າ; ຖ້າລາຍໄດ້ທັງໝົດຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ ຫາກເທົ່າກັບ ຫລື ຕ່ຳກວ່າ ຈຳນວນລາຍໄດ້ດັ່ງແຈ້ງຢູ່ໃນບັນຊີຂ້າງລຸ່ມນີ້, ເດັກຂອງທ່ານກໍຈະໄດ້ກິນອາຫານໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສັຽຄ່າ ຫລືໄດ້ເສັຽໃນລາຄາທີ່ຫລຸດລົງ. ເດັກທີ່ຢູ່ໃນຄວາມອຸປຖັມອາດຈະໄດ້ກິນອາຫານຟຣີ ຫລື ຫລຸດລາຄາ ໂດຍບໍ່ຖືຕາມລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ລາຄາທີ່ຫລຸດແລ້ວແມ່ນ_____ ສຳລັບອາຫານທ່ຽງ ແລະ _____ສຳລັບອາຫານເຊົ້າ.

ເພື່ອຈະໄດ້ອາຫານຟຣີ ຫລື ອາຫານທີ່ຫລຸດລາຄາສຳລັບເດັກຂອງທ່ານນັ້ນ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງແຈ້ງລາຍລະອຽດລົງໄປໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້ ແລ້ວສົ່ງກັບຄືນໄປໃຫ້ໂຮງຮຽນ. ເຮົາຈະບໍ່ສາມາດໃຫ້ຄວາມເຫັນດີຕໍ່ຄຳຂໍຮ້ອງທີ່ບໍ່ມີການແຈ້ງລາຍລະອຽດຢ່າງຄົບຖ້ວນ.

ວິທີຂໍ

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບຟູດສະແຕມ ຫລືການຊ່ວຍເຫລືອເອແອນດີຊີ ສຳລັບເດັກທີ່ທ່ານກຳລັງຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ຢູ່ນີ້, ຄຳຮ້ອງນີ້ຈະຕ້ອງມີຊື່ເດັກ, ຈະຕ້ອງມີນຳເບີໃບຮັບຟູດສະແຕມ ຫລືໃບຊ່ວຍເຫລືອເອແອັນດີຊີ ຂອງເດັກແຕ່ລະຄົນ, ແລະຈະຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫຍ່ຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວ. ຖ້າຫາກທ່ານຈະເຮັດຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ເດັກທີ່ຢູ່ໃນຄວາມອຸປຖັມ, ຄຳຮ້ອງນີ້ຈະຕ້ອງມີຊື່ຂອງເດັກ, ຈະຕ້ອງບອກຈຳນວນເງິນສຳລັບ"ການໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຕົວ"ຂອງເດັກ, ແລະຈະຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫຍ່ຄົນນຶ່ງ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ແຈ້ງນຳເບີໃບຮັບຟູດສະແຕມ ຫລືໃບຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເອແອັນດີຊີ ສຳລັບເດັກທຸກຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງໃຫ້ນີ້ນັ້ນ, ຄຳຮ້ອງແຕ່ລະອັນຈະຕ້ອງມີຊື່ເດັກທຸກຄົນ, ຈະຕ້ອງມີຊື່ຂອງສະມາຊິກທຸກໆຄົນພາຍໃນຄອບຄົວ, ຈະຕ້ອງແຈ້ງລາຍໄດ້ ໃນເດືອນທີ່ແລ້ວນີ້ ຂອງແຕ່ລະຄົນ ພ້ອມທັງບອກບ່ອນມາຂອງ ລາຍໄດ້ນັ້ນ, ຈະຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫຍ່ຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວ ພ້ອມທັງບອກເບີໂຊໂຊນຂອງຜູ້ກ່ຽວ ຫລືຖ້າວ່າບໍ່ມີ ກໍໃຫ້ແຈ້ງວ່າ "ບໍ່ມີ".

ບັນຊີລາຍໄດ້

ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວ	ປະຈຳປີ	ປະຈຳເດືອນ	ປະຈຳອາທິດ
1	12,599	1,050	243
2	17,002	1,417	327
3	21,405	1,784	412
4	25,808	2,151	497
5	30,211	2,518	581
6	34,614	2,885	666
7	39,017	3,252	751
8	43,420	3,619	835
ສຳລັບສະມາຊິກອີກແຕ່ລະຄົນ ໃຫ້ຕື່ມຈຳນວນນີ້	+ 4,403	+ 367	+ 85

ການພິສູດຄວາມຈິງ: ອາດຈະມີການກວດກາເບິ່ງຄວາມເໝາະສົມຂອງທ່ານ ເວລາໃດກໍໄດ້ ໃນໄລຍະປີການສຶກສາ. ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງໂຮງຮຽນອາດຈະຂໍໃຫ້ທ່ານສົ່ງເອກກະສານບາງຢ່າງ ເພື່ອໄປສະແດງว่า ລູກຂອງທ່ານຄວນໄດ້ຮັບອາຫານຟຣີ ຫລື ຫລຸດລາຄາ ຫລື ບໍ່.

ການພິຈາລະນາເພື່ອຄວາມຍຸຕິທັມ: ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມກັບການຕັດສິນໃຈຂອງໂຮງຮຽນ ຕໍ່ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ ຫລືຕໍ່ຜົນຂອງການພິສູດເອກກະສານ, ທ່ານຈະຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາເພື່ອຄວາມຍຸຕິທັມກໍໄດ້ເໝືອນກັນ. ທ່ານຈະກະທຳສິ່ງເຫລົ່ານີ້ໄດ້ ໂດຍທາງໂທຣະສັບ ຫລື ຂຽນໜັງສືໄປຫາ:

ຊື່ _____ ໂທຣະສັບ: _____

ທີ່ຢູ່ _____

_____

ແຈ້ງການປ່ຽນແປງຕ່າງໆ: ຖ້າຫາກລູກຂອງທ່ານໄດ້ກິນອາຫານຟຣີ ຫລື ຫລຸດລາຄາ ຍ້ອນເຫດຜົນຂອງລາຍໄດ້(ຕ່ຳ)ຂອງທ່ານ ນັ້ນ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ທາງໂຮງຮຽນຊາບ ຖ້າຫາກຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຫລຸດລົງ ຫລືຖ້າຫາກລາຍໄດ້ຂອງ ທ່ານສູງຂຶ້ນຫລາຍກວ່າ $50 ຕໍ່ເດືອນ ຫລື $600 ຕໍ່ປີ. ຖ້າຫາກເດັກຂອງທ່ານໄດ້ກິນອາຫານຍ້ອນເຂົາໄດ້ຮັບຟູດສະແຕມ ຫລືການ ຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ທາງໂຮງຮຽນຊາບ ເມື່ອທ່ານເຊົາຂໍຟູດສະແຕມ ຫລືການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ໃຫ້ເຂົາ. ເວລານັ້ນ ທ່ານອາດຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງໃໝ່ ໂດຍແຈ້ງລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງທ່ານກໍໄດ້.

ການເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນຄວາມລັບ: ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງໂຮງຮຽນ ຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນແລະລາຍລະອຽດຕ່າງໆ ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ ເພື່ອການພິຈາລະນາว่า ລູກຫລືເດັກຂອງທ່ານ ຄວນຈະໄດ້ຮັບຄວາມເຫັນດີ ໃຫ້ກິນອາຫານຟຣີ ຫລືຫລຸດລາຄາ ຫລືບໍ່ເທົ່ານັ້ນ.

ການຍື່ນຄຳຮ້ອງໃໝ່: ທ່ານຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍອາຫານເວລາໃດກໍໄດ້ ພາຍໃນໄລຍະປີການສຶກສາ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາເຫັນດີ ໃນເວລານັ້ນນັ້ນ, ເມື່ອໃດຫາກມີການປ່ຽນແປງ ເຊັ່ນ: ລາຍໄດ້ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຫລຸດລົງ, ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເພີ້ມຂຶ້ນ, ຫລືທ່ານກາຍເປັນຄົນຫว่างງານ, ຫລືໄດ້ຮັບຟູດສະແຕມ ແລະການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ໃຫ້ແກ່ເດັກຂອງທ່ານ, ເວລານັ້ນຈົງເຮັດຄຳຮ້ອງຍື່ນໄປໃໝ່.

ໃນການບໍລິຫານໂຄງການລ້ຽງອາຫານເດັກນີ້, ບໍ່ມີເດັກຄົນໃດຈະຖືກຈຳແນກແຍກຕົວໄດ້ ຍ້ອນເຫດຜົນດ້ານຜິວພັນ, ເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ອາຍຸ, ຫລືອາການເສັຍອົງຄະຕ່າງໆ. ຖ້າຫາກທ່ານຮູ້ສຶກว่า ທ່ານໄດ້ຖືກຈຳແນກແຍກຕົວ ຍ້ອນເຫດຜົນທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງນີ້ແລ້ວ, ຈົງຮີບຂຽນໜັງສືແຈ້ງໄປຍັງຣັຖມົນຕຣີກະຊວງກະເສດ ສະຫະຣັດ ໂດຍທັນທີ:

TO:

THE SECRETARY OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C. 20250

ເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບว่า ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ ໄດ້ຮັບຄວາມເຫັນດີ ຫລື ບໍ່.

ໂດຍຄວາມນັບຖື,

ຄຳແນະນຳຕ່າງໆກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍ

ທ່ານຈະຍື່ນໃບຄຳຮ້ອງຂໍອາຫານຟຣີ ຫລືຊື້ອາຫານໃນລາຄາທີ່ຫລຸດຜ່ອນ ຈົ່ງກອກໃບຄຳຮ້ອງນີ້ ໂດຍອາສັຍຄຳແນະນຳຕ່າງໆເຫລົ່ານີ້ ສຳລັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ເຊັນຊື່ແລ້ວສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງກັບຄືນໄປໂຮງຮຽນ. ກະຣຸນາເຮັດຄຳຮ້ອງໃບນຶ່ງສຳລັບເດັກແຕ່ລະຄົນ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນເຣື່ອງນີ້ ຈົ່ງໂທຣະສັບຫາທາງໂຮງຮຽນ #_____

ພາກ 1 - ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບນັກຮຽນ: ທຸກໆຄອບຄົວຈົ່ງແຈ້ງລາຍລະອຽດໃນພາກນີ້.

(1) ຂຽນໂຕພິມຫລືຂຽນຊື່ຂອງເດັກທຸກຄົນໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງໃຫ້ຊັດແຈ້ງ.

(2) ບອກຊັ້ນແລະຊື່ໂຮງຮຽນຂອງເດັກທຸກຄົນ.

ພາກ 2 - ສຳລັບຄອບຄົວທີ່ໄດ້ຮັບບັດອາຫານ (ຟູດສະແຕມ) ຫລືຢູ່ໃນໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອຄອບຄົວທີ່ມີ ເດັກອາສັຍຢູ່ນຳ (ເອແອັນດີຊີ): ຈົ່ງແຈ້ງລາຍລະອຽດໃນພາກນີ້ ແລະ ພາກ 5

(1) ສຳລັບເດັກແຕ່ລະຄົນ ຈົ່ງບອກນຳເບີຂອງໃບຮັບຟູດສະແຕມ ຫລືໃບ ເອແອັນດີຊີ ໃນປັດຈຸບັນ.

(2) ຈົ່ງເຊັນຊື່ຂອງທ່ານຢູ່ໃນພາກ 5. ຜູ້ໃຫຍ່ຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຈະຕ້ອງເປັນຜູ້ເຊັນຊື່. <u>ຈົ່ງຂ້າມ ພາກ 4 -</u> ຖ້າຫາກທ່ານຂຽນນຳເບີໃບຟູດສະແຕມແລະໃບ ເອແອັນດີຊີ ສຳລັບເດັກແຕ່ລະຄົນແລ້ວນັ້ນ ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງບອກລາຍຊື່ ຂອງທຸກໆຄົນໃນຄອບຄົວ.

ພາກ 3 - ຄອບຄົວທີ່ມີເດັກຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄວາມອຸປຖັມ: ຈົ່ງໃຫ້ລາຍລະອຽດຢູ່ໃນພາກນີ້ແລະພາກ 5 - ເດັກຢູ່ໃນຄວາມອຸປຖັມ ແມ່ນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງສຳນັກງານສວັດດີການສັງຄົມ (ແວລແຟ) ຫລືຂອງສານ.

(1) ຈົ່ງບອກລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ ສຳລັບ "ການໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຕົວ" ຂອງເດັກທີ່ຢູ່ໃນຄວາມອຸປຖັມ. ຖ້າຫາກທີ່ເດັກທີ່ຢູ່ໃນຄວາມອຸປຖັມນັ້ນ ບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນສຳລັບ "ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຕົວ" ຈົ່ງຂຽນເລກ "0" ລົງໄປ. <u>ຈົ່ງຂ້າມພາກ 4</u> - ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງບອກຊື່ເດັກຄົນອື່ນໆ, ຫລືສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ ຫລືແຈ້ງລາຍໄດ້.

(2) ຜູ້ປົກຄອງເດັກ ຫລືເຈົ້າໜ້າທີ່ອື່ນໆທີ່ຕາງໜ້າເດັກ ຈະຕ້ອງເຊັນຊື່ຢູ່ໃນພາກ 5 ຂອງໃບຄຳຮ້ອງນີ້.

ເງິນລາຍໄດ້ "ສຳລັບການໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຕົວ" ແມ່ນ (ກ) - ເງິນທີ່ທາງໜ້ອງການແວລແຟເບີກໃຫ້ ໂດຍໄດ້ບົ່ງບອກ ຊະນິດຂອງການຈ່າຍສຳລັບສິ່ງສ່ວນຕົວຂອງເດັກ, ເຊັ່ນ, ຄ່າເຄື່ອງນຸ່ງ, ຄ່າໂຮງຮຽນ, ແລະເງິນຕິດກະເປົາ, ແລະ (ຂ) - ເງິນອື່ນໆທຸກຢ່າງທີ່ເດັກໄດ້ຮັບ, ເຊັ່ນ, ເງິນຈາກຄອບຄົວຂອງເດັກ ແລະເງິນຈາກການໄປເຮັດວຽກເຮັດການທຸກຢ່າງ.

ພາກ 4 - ສະມາຊິກອື່ນໆທັງໝົດໃນຄອບຄົວ: ຈົ່ງໃຫ້ລາຍລະອຽດຢູ່ໃນພາກນີ້ແລະພາກ 5

(1) ຂຽນຊື່ທຸກໆຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ເຖິງແມ່ນເຂົາເຈົ້າຈະມີລາຍໄດ້ຫລືບໍ່ມີກໍຕາມ. ຄື ທ່ານເອງ, ລູກໆທຸກຄົນທີ່ກຳລັງເຮັດໃບຄຳຮ້ອງໃຫ້ເຂົາ, ລູກຄົນອື່ນໆທັງໝົດ, ພັລຍາຫລືສາມີຂອງທ່ານ, ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າ, ພໍ່ປູ່ແມ່ຍ່າ, ແລະຄົນອື່ນໆໃນຄອບຄົວ ທັງທີ່ເປັນພີ່ນ້ອງແລະບໍ່ເປັນພີ່ນ້ອງກັນ. ຖ້າຫາກໜ້າເຈ້ຍບໍ່ມີບ່ອນພໍ ຈົ່ງຂຽນໃສ່ເຈ້ຍໃບໃໝ່ຕື່ມ.

(2) ຈົ່ງຂຽນຈຳນວນເງິນລາຍໄດ້ ໃນເດືອນແລ້ວນີ້ ຂອງສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄອບຄົວ ກ່ອນຫັກຄ່າພາສີ ຫລືຄ່າອື່ນໆອອກ, ແລະໃຫ້ບອກທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ດັ່ງກ່າວ, ເຊັ່ນ, ເງິນຈາກການເຮັດວຽກ, ເງິນແວລແຟ, ເງິນເບັ້ຍບຳນານ, ແລະເງິນລາຍໄດ້ອື່ນໆ. ຖ້າຫາກຈຳນວນເງິນໃນເດືອນແລ້ວນີ້ ຕ່ຳກວ່າ ຫລື ສູງກວ່າ ທັມມະດາ ກໍຈົ່ງຂຽນຈຳນວນທີ່ເຄີຍໄດ້ປະຈຳເດືອນຕາມທັມມະດານັ້ນລົງໄປ.

(3) ຜູ້ໃຫຍ່ຄົນນຶ່ງໃນຄອບຄົວຕ້ອງເຊັນໃບຄຳຮ້ອງນີ້ ແລະແຈ້ງນຳເບີສວັດດີການສັງຄົມ (ໂຊໂຊນ) ລົງໃນພາກ 5 ຂອງຄຳຮ້ອງນີ້.

ໃນການໄລ່ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ ໃຫ້ກະທຳດັ່ງນີ້: ປະຈຳອາທິດ × 4.33, ປະຈຳ 2 ອາທິດ × 2.15, ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ × 2

ພາກ 5 - ລາຍເຊັນແລະນຳເບີໂຊໂຊນ: ໃຫ້ແຈ້ງລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄອບຄົວລົງໃນພາກນີ້.

(1) ຄຳຮ້ອງຂໍທຸກອັນຈະຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫຍ່ຄົນນຶ່ງທີ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວນັ້ນ,

(2) ຄຳຮ້ອງຂໍແຕ່ລະອັນຈະຕ້ອງມີນຳເບີໂຊໂຊນຂອງຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ເຊັນຊື່ລົງໄປນັ້ນ. ໃນກໍຣະນີທີ່ຜູ້ໃຫຍ່ຜູ້ນັ້ນບໍ່ມີນຳເບີໂຊໂ ກໍຈົ່ງຂຽນບອກว่า "ບໍ່ມີ" ຫລືໃຫ້ຄຳຊີ້ແຈງອື່ນໆເຖິງເຫດຜົນว่าເປັນຫຍັງຈຶ່ງບໍ່ມີເບີໂຊໂຊນ. ຖ້າຫາກທ່ານແຈ້ງນຳເບີຂອງໃບຮັບ ຜູດສະແຕມຫລືໃບຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເອແອັ້ນດີຊີ ຂອງເດັກແຕ່ລະຄົນ, ຫລື ຖ້າຫາກທ່ານເຮັດຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ເດັກທີ່ຢູ່ໃນຄວາມ ອຸປຖັມ ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງແຈ້ງນຳເບີໂຊໂຊນ.

ພາກ 6 - ການແຈ້ງລັກສນະຜິວພັນແລະເຊື້ອຊາດ: ທ່ານຈະແຈ້ງລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜິວພັນແລະເຊື້ອຊາດຫລືບໍ່ແຈ້ງກໍໄດ້ ແລ້ວແຕ່ຄວາມປະສົງຂອງທ່ານເອງ. ບໍ່ມີຂໍ້ບັງຄັບໄວ້ว่าท่านจะต้องตอบคำถามข้อนี้ ເພື່ອຈະໃຫ້ໄດ້ຮັບອາຫານຟຣີຫລືຫລຸດ ລາຄາ. ເຮົາຕ້ອງການຊາບລາຍລະອຽດໃນເຣື້ອງນີ້ ກໍຍ້ອນຢາກເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈว่า ເຮົາໄດ້ປະຕິບັດກັບທຸກໆຄົນຢ່າງຍຸຕິທັມ.

ລາຍໄດ້ທີ່ຕ້ອງລາຍແຈ້ງ

<u>ລາຍໄດ້ຈາກເຮັດການ</u>

ຄ່າແຮງ/ເງິນເດືອນ/ເງິນທຶນ
ເງິນນັດຢຸດງານ
ເງິນຫວ່າງງານ
ເງິນຄ່າເຈັບເປັນຍ້ອນວຽກງານ
ເງິນສຸດທິຈາກທະກິດຫລືເຮັດຟາຣ໌ມ

<u>ເງິນບຳນານ/ສວັດດີການສັງຄົມ(ໂຊໂຊນ)</u>

ເງິນບັ້ຣບຳນານ
ເງິນເຖົ້າ
ເງິນນັກຣົບເກົ່າ
ເງິນໂຊໂຊນ

<u>ລາຍໄດ້ອື່ນໆ</u>

ເງິນເສັ້ຣອົງຄະ
ເງິນອອມສິນທີ່ເອົາອອກມາ
ເງິນຄ່າດອກເບ້ັ້ຣ
ເງິນໄດ້ຈາກການລົງທຶນຕ່າງໆ
ເງິນທີ່ໄດ້ຮັບເປັນປະຈຳຈາກຄົນທີ່ ບໍ່ໄດ້ອາສັຍຢູ່ໃນຄອບຄົວດຽວກັ
ເງິນສຸດທິສ່ວນແບ່ງ/ເບ້ັ້ຣຫວັ
ເງິນສຸດທິຈາກຄ່າເຊົ່າ
ເງິນລາຍໄດ້ອື່ນໆ

<u>ເງິນແວລແຟ/ເງິນຊ່ວຍລ້ຽງລູກ/ເງິນຄ່າລ້ຽງດູຈາກຜົວຫລືເມັ້ຣ</u>

ເງິນຊ່ວຍເຫລືອສາທາຣະນະ
ເງິນແວລແຟ
ເງິນຄ່າລ້ຽງດູເມັ້ຣ/ຜົວ/ລູກ

Lao
Instructions
2

ໃບຄຳຮ້ອງ ຂໍອາຫານຟຣີແລະຫລຸດລາຄາ

ເພື່ອຂໍອາຫານຟຣີແລະຫລຸດລາຄາ ຈົ່ງແຈ້ງລາຍລະອຽດລົງໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ເຊັນຊື່ຂອງທ່ານ ແລ້ວສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງນີ້ກັບໄປໂຮງຮຽນ. ຈົ່ງເອັດໃບຄຳຮ້ອງໃບນຶ່ງສຳລັບເດັກຢູ່ໃນຄວາມອຸປຖັມແຕ່ລະຄົນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ ຈົ່ງໂທຣະສັບໄປທີ່ເບີ #_____

1 ແຈ້ງລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບນັກຮຽນເປັນຕົວບັນຈົງ

ຊື່	ຊັ້ນ	ຊື່ໂຮງຮຽນ

2 ບອກນຳເບີຟູດສະແຕມແລະເບີເອແອັ້ນດີຊີ, ຖ້າມີ.

ເບີຟູດສະແຕມ	ຫລື	ເບີເອແອັ້ນດີຊີ

3 ເດັກຢູ່ໃນຄວາມອຸປຖັມ: ຈົ່ງແຈ້ງຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບປະຈຳເດືອນ ເພື່ອການໃຊ້ຈ່າຍຂອງເດັກ. ຖ້າຫາກບໍ່ມີກໍຈົ່ງຂຽນ "0" ລົງໄປ $_____

4 ຈຳນວນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວແລະລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ: ຖ້າຫາກທ່ານແຈ້ງນຳເບີຟູດສະແຕມຫລືເບີເອແອັ້ນດີຊີ ສຳລັບເດັກແຕ່ລະຄົນແລ້ວນັ້ນ ຈົ່ງຂ້າມໄປພາກ 5.

ຊື່ຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ	ເງິນເດືອນ (ກ່ອນການຫັກອອກ) ປະຈຳເດືອນ ວຽກທີ 1	ວຽກທີ 2	ເງິນແວລແຟ ເງິນລ້ຽງເດັກ/ເມັ້ຍ ປະຈຳເດືອນ	ເງິນເບັ້ຍບຳນານ ເງິນໂຊໂຊນ ປະຈຳເດືອນ	ລາຍໄດ້ອື່ນໆ ປະຈຳເດືອນ
	$_____	$_____	$_____	$_____	$_____
	$_____	$_____	$_____	$_____	$_____
	$_____	$_____	$_____	$_____	$_____
	$_____	$_____	$_____	$_____	$_____
	$_____	$_____	$_____	$_____	$_____
	$_____	$_____	$_____	$_____	$_____
	$_____	$_____	$_____	$_____	$_____

5 ລາຍເຊັນແລະນຳເບີໂຊໂຊນ: ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນว่าลายละอธถยู่ข้างเหิงนี้เป็นถวามจิงและถิกต้อง และยั้งยืนอีกว่าได้แจ้งลายได้ทั้งหมิดไปแล้ว. ข้าพะเจ้าเข้าใจว่าลายละอธถที่ให้ไปนี้ แม่นเพื่อให้ได้รับเงินของรัถบานกาง; เข้าใจว่าทางเจ้าหน้าที่ของโรงธรนอาถพิสูถถวามจิงก่ธวกับลายละอธถต่างๆยู่ในใบถำร้องนี้; และเข้าใจอีกว่าการแจ้งลายละอธถที่บ่เป็นถวามจิงโดยเจตะนานั้น อาถเธ็ดให้ข้าพะเจ้าถิกดำเนินถะถิตามกิดหมายที่ก่ธวข้อง ของรัถและของรัถบานกาง.

X_____ X_____

ลายเซ็นของผู้ใหญ่ที่เป็นสะมาชิกของถอบถัว — ນຳເບີໂຊໂຊນ

ເບີໂທຣະສັບຢູ່ເຮືອນ:_____ ເບີໂທຣະສັບຢູ່ໂຮງການ:_____ ຊື່ເປັນໂຕພິມ: _____

ຖນົນ/ນຳເບີເຮືອນ:_____ ເມືອງ/ຣັດ/ຊິບໂຄດ_____ ວັນທີ: _____

6 ຜິວພັນ: ກະຣຸນາໝາຍບ່ອນບອກລັກສນະຜິວພັນຫຼືເຜົ່າພັນຂອງເດັກຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະຕອບຫລືບໍ່ຕອບຄຳຖາມຂໍ້ນີ້ກໍໄດ້.

____ຜິວຂາວ ບໍ່ແມ່ນສະເປນ __ຜິວດຳ ບໍ່ແມ່ນສະເປນ _____ສະເປນ__ເອເຊັ້ຍ/ຊາວເກາະປາຊິຟິກ

____ອິນດຽນແດງ/ຊາວພື້ນເມືອງອາລັສກາ

---

* ກິດໝາຍว่าด้วยการรักสาถวามลับของส่วนบุถถิน: ໝວດ 9 ຂອງກົດໝາຍว่าด้วยอาหารท่ธงประจำโรงธรนในท่องประเทด บ่งไว้ว่า ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ໄດ້ບອກນຳເບີໃບຜູດສະແຕມຫລືນຳເບີໃບເອແອັນດີຊີຂອງເດັກຂອງທ່ານ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງບອກເລກໂຊໂຊນຂອງຜູ້ໃຫຍ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວທີ່ເຊັ້ນຊື່ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້ ຫລືຕ້ອງບອກว่าผู้ก่ธวบ่มีเลกโซโซน. ການແຈ້ງເລກໂຊໂຊນນີ້ບໍ່ແມ່ນສິ່ງບັງຄັບໃຫ້ເຮັດ, ແຕ່ຖ້າຫາກບໍ່ໄດ້ແຈ້ງເລກໂຊໂຊນ ຫລືບໍ່ໄດ້ບົ່ງບອກว่าผู้เซ็นชื่นั้นบ่มีเลกโซโซน ຄຳຮ້ອງນີ້ກໍຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມເຫັນດີ. ນຳເບີໂຊໂຊນอาถจะถิกใช้ สำลับบ่งบอกสะมาชิกยู่พายในถอบถัว ເມື່ອເວລາມີການພິສູດຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງລາຍລະອຽດຕ່າງໆທີ່ແຈ້ງ ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງນັ້ນ. ການພິສູດນີ້ອາດຈະກະທຳໄປໂດຍການທົບທວນໂຄງການ, ໂດຍການກວດກາ, ແລະໂດຍການສືບສວນ, ແລະອາດຈະມີທັງການຕິດຕໍ່ພົວພັນກັບນາຍจ้าง ເພື່ອຊາບลายได้ย่างแม่นอน, ການຕິດຕໍ່ພົວພັນກັບຫ້ອງ ການຜູດສະແຕມ ແລະແວລແຟ ເພື່ອໃຫ້ຊາບย่างแม่นอนในการได้รับอะนุยาถรับผูดสะแตมหลืการช่อยเหลือ เอแอ็นดีซี ในเวลาปัดจุบัน, ການຕິດຕໍ່ພົວພັນກັບອົງການจัดหางานประจำรัด ເພື່ອຊາບจำนวนเงินที่ผู้ก่ธว ได้รับ, ແລະການກວດກາເອກກະສານຕ່າງໆທີ່ບັນດາສະມາຊິກໃນຄອບຄົວນຳມາອ້າງອີງ ເພື່ອສະແດງลายได้. ການກະທຳດັ່ງກ່າวอาถจะเป็นผิบใต้มิ ການຕັດຫລືຫລຸດ ການຊ່ວຍເຫລືອລົງ, ການຫວງຫາວจากหางการ, ຫລືການຟ້ອງຮ້ອງ ຖ້າຫາກມີການแจ้งลายละอธถย่างผิดพาด.

ສຳລັບໃຊ້ໂດຍທາງໂຮງຮຽນເທົ່ານັ້ນ ย่าขธนสิ่งใดลิงไปยู่ลุ่มแถวนี้

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE:_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/ADC_____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE_____ APPROVED REDUCED PRICE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL: _____ UNTIL: _____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH _____ INCOMPLETE APPLICATION_____ OTHER_____

CHANGE IN STATUS: _____ REASON _____ DATE DATE WITHDRAWN: _____

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL_____ DATE_____

DATE VERIFICATION NOTICE SENT :_____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD_____ SECOND NOTICE SENT:_____

VERIFICATION RESULT : NO CHANGE_____ FREE TO REDUCED PRICE_____ FREE TO PAID_____ REDUCED PRICE TO FREE_____ REDUCED PRICE TO PAID_____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE : INCOME_____ HOUSEHOLD SIZE_____ REFUSED TO COOPERATE_____ OTHER_____

CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC_____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN:_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL:_____ DATE_____

給家庭的公開信

國家學校午餐／早餐計劃

各位家長／監護人:

_____學校每上課日供應餐飲。學生可用$_____ 購買午餐和$_____ 購買早餐。學生也可獲得免費或減價的餐飲。所有供應的餐飲必須符合美國農業部所制訂的標準，但是如果醫生診定一個學生身體有殘障，如果該殘障使學生不能享用學校的正常餐飲，本校將供應由醫生所指定的代用餐飲。此代用餐飲不加額外費用。如果你相信你的子女因殘障而需要代用餐飲，請與我們聯絡以獲得詳盡的資料。

如果你現在爲您的子女獲得食物券或AFDC(撫養子女家庭補助金)，你的子女可享受免費餐飲。如果你的家庭收入總額同於或低於下列收入表，你的子女能享受免費或減價餐飲。領養子女，不管你收入多少，都能享受免費或減價餐飲。減價午餐是$_____ 早餐是$_____ 。

爲使子女獲得免費或減價餐飲，應填寫申請表並交給學校。如果申請表填得不完備，我們就無法批准。

如何申請

如果是爲獲得食物券或AFDC的子女申請，申請表上應填寫子女的名字、每個子女的食物券或AFDC的帳號，和家裡一位成年人的簽名。如果是爲領養子女申請，需填寫該子女的名字，其「私用」收入和成年人的簽名。如不把每個申請子女之食物券或AFDC帳號填入，申請表上則應填寫所有子女的名字、所有家庭成員的名字、每位成員的上月收入和來源，一位成年人的簽名以及其社會保險號碼，如無社會保險號碼，就寫「none 」。

收入表

人數	年薪	月薪	週薪
1...	12,599	1,050	243
2...	17,002	1,417	327
3...	21,405	1,784	412
4...	25,808	2,151	497
5...	30,211	2,518	581
6...	34,614	2,885	666
7...	39,017	3,252	751
8...	43,420	3,619	835
每多一人則請加	+4,403	+367	+85

核實: 在學年中任何時間，校方都可檢查申請人是否合格，學校人員可能要求你交出證明你的子女應享受免費或減價餐飲的文件。

公平聽證: 如果你不同意學校就你的申請所做的決定或核實的結果，你可與學校有關人員商談。你也可以要求一次公平的聽證。爲此，你可打電話或寫信給:

姓名:_____ 電話_____

地址:_____

_____

變更報告: 如果你是以收入爲理由而獲得子女的免費或減價餐飲，當你的家庭人數減少或收入每月提高$50 或每年$600 時，你必須通知學校。如果你的子女是由於領取食物券或AFDC 而獲得餐飲，當你不再獲得食物券或AFDC 時，應通知學校。那時你可以填寫另外一張申請表，並填寫收入情況。

校方保密: 申請表上的內容僅由校方人員在確定申請學生是否可享受免費會減價餐飲時適用。

重新申請: 在學年當中，可以隨時申請餐飲。如果你現在不合格，但當有變更時，如家庭收入減少、人數增多、失業、或爲子女獲得食物券或AFDC 時，就可提出申請表。

在學生餐飲計劃的實施中，任何學生都不得因種族、性別、膚色、出生國籍、年齡或殘障而受到歧視。如果你認爲自己受到歧視，請立刻寫信到 Washington, D.C. 20250 給Secretary of Agriculture(農業部部長).

當你的申請被批准或否決時，我們將通知你。

謹此

申請說明

欲申請免費或減價餐飲，請按照家庭情況說明表填寫申請表。在申請表上簽名後，交給有關學校。

爲領養子女申請，請填寫個別申請表。如需幫助，請與學校聯絡。

第 1部分-- 學生資料: 所有家庭需填寫此部分。

(1) 用印刷體填寫所有申請餐飲學生的名字。

(2) 填寫他們的年級和所就讀的學校。

第 2部分 --有食物票或AFDC(撫養子女家庭補助金) 的家庭: 填寫此部分和第 5部分。

(1) 爲每個學生填寫食物票或AFDC 的號碼。

(2) 在申請表的第 5 部分處簽名。由家庭的一位成年人簽名。略過第 4 部分-- 如爲每個學生填寫食物票或AFDC 號碼，可免填寫家庭人數和收入。

第 3部分-- 有領養子女的家庭: 填寫此部分和第 5部分 --領養子女由福利機構和法庭負法律責任。

(1) 填寫領養子女的每月「私用」收入。例如，如無每月「私用」收入，就填「0 」。略過第 4部分-- 不必填寫其他子女，家庭人數和收入。

(2) 養父母或其他負責人應在第 5 部分處簽名。

「私用」收入是: (a) 福利機構所發給的錢，並指定爲領養子女的私人所用，如衣服、上學費用和零用; (b) 領養子女的所有其他收入，如來自其家庭的錢和領養子女的全職或兼職的工資

第 4部分-- 所有其他家庭: 填寫此部分和第5 部分。

(1) 不管每人有無收入，填寫家裡每個人的名字，包括自己、所有申請的子女、其他子女、配偶、祖父母和家裡其他有或無親屬關係的人。如需更多空間，請用另外一張紙填寫。

(2) 填寫每個家人上月所得收入扣稅前或任何其他扣除額前的總額。並且填寫收入來源，如工資、福利、退休金或其他收入。如果上月的收入過少或過多，請填寫該家人的正常收入。

(3) 一位成年年人需在申請表的第 5 部分處簽名，並填寫其社會保險號碼。

爲計算月收入: 週收入 x 4.33 每兩週 x 2.15 每月二次 x 2 。

第 5部分 ——簽名和社會保險號碼：所有家庭都需填寫此部分。

(1) 所有申請表均須由家庭的一位成年人簽名；

(2) 申請表上需填寫簽名者的社會保險號碼。如果該簽名者沒有社會保險號碼，就寫「none 」或其他能表示無社會保險的詞句。如果已爲每個子女填寫食物券或AFDC帳號，或是爲領養子女申請，就不必填寫社會保險號碼。

第 6部分 ——種族和民族：如果願意，請填寫有關種族和民族的問題。爲獲得免費或減價的餐飲，並不需要填寫此部分。我們需要此項資料，主要是爲確定每個人都獲得公平的待遇。

收入報告

工資	養老／退休／社會保險	其他收入
工資／薪金／小費	養老金	殘廢福利
罷工補助收入	補助安全收入	儲蓄提款
失業補助	退休金	利息／紅利
公傷補償	退役金	房地產／信託投資
自營企業或農場淨得	社會保險	家庭以外人員的固定貢獻
福利／子女撫養／贍養		淨版稅／年金
公共補助費		淨租金／其他收入
福利金		
贍養／子女撫養費		

免費或減價餐飲申請表

欲申請免費或減價餐飲，請填寫此申請表，簽名，並把此表交給有關學校。
爲領養子女申請，則每人需單獨填寫申請表。如需幫助，請電洽學校:#____

1 學生資料(印體)　　2 食物券　或AFDC

姓名	年級	學校	帳號	帳號

3 領養子女: 填寫該子女每月個人私用收入。如無，就寫「0 」$_____

4 家庭成員和月收入，如已填寫食物券或AFDC帳號，略到第 5部分。

家人姓名	月收入 (扣除前) 工作 1	工作 2	月福利金 子女撫養贍養金	退休金 社會保險	其他 月收入
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$
	$	$	$	$	$

5 簽名及社會保險號碼: 茲證明以上所有資料均屬真實無誤，所有收入皆承報在內。我瞭解提供這些資料是爲獲得聯邦補助; 有關學校得查證申請表上的資料; 故意虛報可使我受到有關州與聯邦法律的訴訟。

X_____　　X_____

家庭成年人簽名　　社會保險號碼*

住宅電話:_____ 工作電話:_____ 印刷體名字_____

門牌／公寓號碼_____市／州／區號_____ 日期:_____

6 種族: 請勾出子女的種族身分。你並不必要回答此問題。

__白，非西班牙__黑，非西班牙__西班牙__亞／太 _印地安／阿拉斯加

_____

* 隱私權：除非已填寫子女的食物券或AFDC帳號，《國立學校餐飲條例》第九章要求在申請表上簽名的成年人必須填寫其社會保險號碼，或說明其無社會保險號碼。提供此號碼並不是強制性的，但是如果不提供此號碼或不說明其無此號碼，申請就不能被批准。社會保險號碼可用來證實該家庭成員之身分，以便證實申請表上的資料是否正確。此證實工作可經由審查、核計和調查來執行，並能包括訊問僱主，訊問食物票或福利機構，以確定現有接受食物票或AFDC福利的證明，訊問州職業保險辦公室，以確定所獲福利的總額，並檢查家庭成員所提供的文件以證實收入的總額。如果提供了不正確的資料，這些調查工作可能使申請人失掉或減少福利，或接受行政索賠或法律行動。

下面由校方填寫　　請勿填寫此隔綫下之部分

MONTHLY INCOME CONVERSION　WEEKLY X 4.33　EVERY 2 WEEKS X 2.15　TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE:_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/ADC_____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE_____ APPROVED REDUCED PRICE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL:_____ UNTIL:_____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH _____ INCOMPLETE APPLICATION_____ OTHER_____

CHANGE IN STATUS: _____ DATE WITHDRAWN: _____
REASON　DATE

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL_____ DATE_____

DATE VERIFICATION NOTICE SENT :_____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD_____ SECOND NOTICE SENT:_____

VERIFICATION RESULT : NO CHANGE_____ FREE TO REDUCED PRICE_____ FREE TO PAID_____ REDUCED PRICE TO FREE_____ REDUCED PRICE TO PAID_____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE : INCOME_____ HOUSEHOLD SIZE_____ REFUSED TO COOPERATE_____ OTHER_____
CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC_____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN:_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL:_____ DATE:_____

Письмо для семей (по поводу питания)

Национальная программа школьных ленчей и завтраков

Уважаемый родитель/опекун:

Школа _____ предоставляет питание каждый школьный день. Ученики могут покупать ленч за ____ и завтрак за _____. Дети также могут получать питание бесплатно или со скидкой. Питание должно полностью соответствовать стандартам, устанавливаемым Мин-вом сельского хозяйства США. Однако если по заключению врача ребенок имеет физические недостатки, не дающие ему возможности употреблять обычную школьную еду, школа заменит ее той, которая предписана врачом. При необходимости подобной замены никакой дополнительной оплаты не взимается. Если Вы считаете, что ребенку нужно иное питание из-за какого-либо физического недостатка, просим обращаться к нам за дальнейшей информацией.

Если Вы получаете на Ваших детей бесплатные *продуктовые талоны* («фуд стэмпс») или пособие по программе помощи семьям с малолетними детьми ("AFDC"), то Ваши дети могут получать бесплатное питание. Если общий семейный доход не превышает указанного ниже в графике дохода, Ваши дети могут получать питание бесплатно или со скидкой. Приемные дети могут получать бесплатное питание или питание со скидкой независимо от Вашего дохода. Скидка составляет _____ на ленч и _____ на завтрак.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОГО ПИТАНИЯ ИЛИ ПИТАНИЯ СО СКИДКОЙ ДЛЯ ВАШИХ ДЕТЕЙ, НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ АНКЕТУ И ПРЕДСТАВИТЬ ЕЕ В ШКОЛУ. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ НЕОБХОДИМА ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕННАЯ АНКЕТА.

Правила заполнения

Если Вы в настоящее время получаете на детей «фуд стэмпс» или AFDC, в анкете должны быть указаны имена детей, номер дела по программе «фуд стэмпс» или AFDC на каждого ребенка, а также подпись взрослого члена семьи. Если Вы заполняете анкету на приемного ребенка, в анкете должно быть указано *его имя, доход «на личное пользование»* для ребенка и подпись взрослого. Если Вы не указываете номер дела по программе «фуд стэмпс» или AFDC всех детей, на которых Вы хотите подаете заявление, то в анкете должны быть указаны имена детей, имена всех членов семьи, сумма и источник дохода, полученного каждым лицом в предыдущем месяце, подписи взрослых членов семьи, а также номер по программе социального обеспечения («Сошиэл секьюрити намбер») или слово «нет», если у взрослого нет этого номера.

График дохода

Размер семьи	Год.	Ежемес.	Еженед.
1.....	12 599	1050	243
2.....	17 002	1417	327
3.....	21 405	1784	412
4.....	25 808	2151	497
5.....	30 211	2518	581
6.....	34 614	2885	666
7.....	39 017	3252	751
8.....	43 420	3619	835
На каждого доп. члена семьи прибавить....	+4403	+367	+85

Проверка: Ваше право на получение помощи может быть проверено в любое время в течение школьного года. Работники школы могут затребовать у Вас документы, подтверждающие право Ваших детей на бесплатное питание или питание со скидкой.

Объективное рассмотрение: Если Вы не согласны с решением школе по поданной Вами анкете или с результатами проверки, Вы можете переговорить с работниками школы. Вы также имеете право на объективное рассмотрение. Для этого необходимо позвонить или написать по адресу:

Фамилия_____Тел._____

Адрес_____

_____

Сообщения об изменениях: Если ввиду Вашего дохода Ваши дети получают бесплатное питание или питание со скидкой, Вы обязаны извещать школу об уменьшении размера семьи или о повышении Вашего дохода более чем на $50 в месяц или $600 в год. Если Вашим детям полагается получать питание, т.к. им предоставляются «фуд стэмпс» или AFDC, необходимо извещать школу в тех случаях, когда Вы не получаете эти виды помощи для них. Затем можно заполнить другую анкету с информацией о доходе.

Конфиденциальность: *Работники школы используют анкетную информацию* только для решения того, имеют ли Ваши дети право на бесплатное питание или питание со скидкой.

Повторная подача: Вы можете подавать заявление на льготное питание в любое время в течение школьного года. Если Вы не имеете право на это программу, но произошло изменение как, например, снижение дохода семьи, увеличение числа ее членов, потеря работы, или же получение «фуд стэмпс» или AFDC на Ваших детей, Вы можете заполнить и подать эту анкету.

В ХОДЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ, НИ ОДИН РЕБЕНОК НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДВЕРГНУТ ДИСКРИМИНАЦИИ НА ОСНОВАНИИ РАСОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ПОЛА, ЦВЕТА КОЖИ, НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ВОЗРАСТА ИЛИ ФИЗИЧЕСКИХ НЕДОСТАТКОВ. ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО БЫЛИ ПОДВЕРГНУТЫ ДИСКРИМИНАЦИИ, НЕМЕДЛЕННО НАПИШИТЕ МИНИСТРУ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА В ВАШИНГТОН, ОКРУГ КОЛУМБИЯ 20250.

Мы сообщим Вам об утверждении или отказе по Вашему заявлению.

С уважением,

Russ 1 Letter

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ АНКЕТЫ

Для подачи заявления на получение бесплатного питания и питания со скидкой, заполните настоящую анкету о Вашей семье, на основании даной инструкции. Подпишите анкету и представьте ее в школу. На каждого приемного ребенка необходимо заполнить отдельную анкету. Если необходима помощь в заполнении, звоните в школу по телефону: _____.

РАЗДЕЛ 1 - СВЕДЕНИЯ ОБ УЧЕНИКЕ: Этот раздел заполняется всеми семьями.

(1) Указать имена детей, на которых подается заявление.

(2) Указать их класс и школу.

РАЗДЕЛ 2 - ДЛЯ СЕМЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ «ФУД СТЭМПС» ИЛИ AFDC: ЗАПОЛНИТЬ ЭТОТ РАЗДЕЛ И РАЗДЕЛ 5.

(1) Указать текущий номер дела по программе «фуд стэмпс» или AFDC на каждого ребенка.

(2) Подписать анкету в Разделе 5. Анкета должна быть подписана взрослым членом семьи.

ПРОПУСТИТЕ РАЗДЕЛ 4 - Если указан номер дела по программе «фуд стэмп» или AFDC на каждого ребенка, не указывать имена членов семьи и доход.

РАЗДЕЛ 3 - СЕМЬИ С ПРИЕМНЫМ РЕБЕНКОМ: ЗАПОЛНИТЬ ЭТОТ РАЗДЕЛ И РАЗДЕЛ 5 - За приемного ребенка юридическую ответственность несут социальное агенство или суд.

(1) Указать ежемесячный ходод «на личное пользование» приемного ребенка. Проставить «0», если приемный ребенок не получает такового. ПРОПУСТИТЬ РАЗДЕЛ 4 - Не указывать других детей, членов семьи и доход.

(2) Анкета в Разделе 5 должна быть подписана приемным родителем или официальным лицом, представляющим ребенка.

«Доход на личное пользование» представляет собой (а) деньги, получаемые от отдела «уэлфэр» и официально предназначенные для личного пользования ребенком на такие потребности как одежда, школьные расходы и карманные деньги; и (б) все другие суммы, получаемые ребенком, в частности от его (ее) семьи и от работы на полную ставку или постоянной работы на неполную ставку.

РАЗДЕЛ 4: ВСЕ ДРУГИЕ СЕМЬИ: ЗАПОЛНИТЬ ЭТОТ РАЗДЕЛ И РАЗДЕЛ 5.

(1) Вписать имена всех членов семьи вне зависимости от того, получают они доход или нет. Укажите себя, детей, на которых составляется настоящее заявление, всех прочих детей, супруга (супругу), дедушек и бабушек, а также всех остальные членов семьи, связанных или не связанных родственными отношениями. Если не хватает места, приложите отдельный лист бумаги.

(2) Вписать сумму дохода, полученного каждым членом семьи за предыдущий месяц до уплаты налогов и иных вычетов, а также источники дохода, как то заработок, пособия, «уэлфэр», пенсии и прочее. Если любая сумма за предыдущий месяц была больше или меньше обычной, указать обычный месячный доход этого лица.

(3) Анкета подписывается взрослым членом семьи с указанием его (ее) «сошиэл секьюрити намбер» в Разделе 5.

Для вычисления месячного дохода: недельный доход x 4,33; двухнедельный доход x 2,15; доход, получаемый дважды в месяц x 2.

РАЗДЕЛ 5: ПОДПИСЬ И «СОШИЭЛ СЕКЬЮРИТИ НАМБЕР»: ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВСЕМИ СЕМЬЯМИ

(1) Все анкеты подписываются взрослым членом семьи;

(2) В анкете указывается «сошиэл секьюрити намбер» того взрослого члена семьи, который ставит свою подпись. Если у этого лица нет «сошиэл секьюрити намбер», вписать «нет» или аналогичное слово, указывающее на отсутствие «сошиэл секьюрити намбер». «Сошиэл секьрити намбер» не нужен, если указывается номер дела по программе «фуд стэмпс» или AFDC.

РАЗДЕЛ 6: расовая/этническая принадлежность: ответ на вопрос о расовой/этнической принадлежности дается на добровольной основе. Для получения бесплатного питания или питания со скидкой ответ на этот вопрос не является обязательным. Нам нужна эта информация для того, чтобы быть уверенными в справедливом отношении ко всем.

СООБЩАЕМЫЙ ДОХОД

Доход от работы
Зарплата/чаевые
Пособие из забастовочного фонда
Пособие по безработице
Компенсация по нетрудоспособности
Чистый доход от собственного дела или фермы

«Уэлфэр»/алименты на детей/алименты на семью
Общественная помощь
«Уэлфэр»
Алименты на семью/на детей

Пенсии/от работы/по старости
Пенсии
Пособие по программе «Саплементал секьюрити инком»
Пенсия от работы
Выплаты ветеранам
«Сошиэл секьюрити» (пенсия по старости»

Иные источники дохода
Выплаты по инвалидности
Наличность, снимаемая со сберегательных вкладов
Процент/дивиденды
Доход от собственности/
опекунства
Инвестиции
Регулярные переводы от лиц, не живущих в семье
Чистые лицензионные платежи/аннуитеты/чистый доход от сдачи в аренду недвижимости
Любые другие виды дохода

АНКЕТА ЗАЯВЛЕНИЯ НА БЕСПЛАТНОЕ ПИТАНИЕ И ПИТАНИЕ СО СКИДКОЙ

Для подачи заявления на бесплатное питание и питание со скидкой, необходимо заполнить эту анкету, поставить подпись и вернуть анкету в школу. На приемного ребенка заполняется отдельная анкета. Если Вам нужна помощь, звоните в школу по телефону: _____.

ИНФОРМ. ОБ УЧЕНИКЕ ИМЯ	КЛАСС	НАЗВ. ШКОЛЫ	Номер дела по «ФУД СТЭМПС» (на каждого ребенка)	Номер дела по AFDC (на каждого ребенка)

3 ПРИЕМНЫЙ РЕБЕНОК: Указать доход на личное пользоеание для ребенка за прошлый месяц. Если такового нет, проставить «0». ____

4.ЧЛЕНЫ СЕМЬИ И ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД: Если Вы указываете номер дела по «фуд стэмпс» или AFDC, переходите к разделу 5.

ИМЕНА ЧЛЕНОВ СЕМЬИ	Общий ЕЖЕМЕС. доход (до вычетов)		ЕЖЕМЕС. платежи по соц. обеспечению («Уэлфэр»), алименты на детей/семью	ЕЖЕМЕС. платежи по пенсиям всех видов, Сошиэл секьюрити	Любой иной ЕЖЕМЕС. доход
	Работа 1	Работа 2			

5. ПОДПИСЬ И «СОШИЭЛ СЕКЬЮРИТИ НАМБЕР»: Настоящим подтверждаю, что все вышеприведенная информация является правдивой и что раскрыт весь получаемый доход. Мне известно, что данная информация предназначается для получения средств из федеральных фондов; что должностные лица школы могут осуществить проверку информации, содержащейся в настоящей анкете; и что представление заведомо ложной информации может повлечь за собой уголовное преследование в соответствие с применимыми статьями штатного и федерального законодательства.

x_____ x_____

Подпись взрослого члена семьи — Сошиэл секьюрити намбер*

Дом. телефон_____ Раб. телефон_____ Имя и фамилия _____

Адрес/№ дома_____ Город/штат/код_____ Дата _____

6. РАСА: Отметьте расовую или этническую принадлежность Ваших детей. Ответ на этот вопрос не является обязательным.

___ Белый, но не латиноамерик. ___ Негр, но не латиноамерик. ___ Латиноамерик. ___ Азиатск./Тихоокеанск. происх.
___ Америк. индеец/Эскимос

ГАРАНТИЯ СОХРАНЕНИЯ ТАЙНЫ: из Раздела 9 Национального закона о школьных ленчах следует, что в отсутствие указания номера дела Вашего ребенка по программе «фуд стэмпс» или AFDC Вы обязаны указать «Сошиэл секьюрити намбер» взрослого члена семьи, подписавшего настоящую анкету, или же указать отсутствие такового у данного взрослого члена семьи. Указание «Сошиэл секьюрити намбер» не является обязательным, но если он не указан или не указано его отсутствие у лица, подписавшего настоящий документ, настоящее заявление не может быть одобрено. «Сошиэл секьюрити намбер» может использоваться для идентификации члена семьи при проверке правильности информации, изложенной в настоящей анкете. Подобная проверка может осуществляться путем рассмотрения программы, ревизии или расследования и может включать в себя обращение к работодателям для определения дохода, в отделы «фуд стэмпс» или «Уэлфэр» для определения размеров текущей помощи в виде «фуд стэмпс» и AFDC, обращение к штатному отделу трудоустройства для определения объема получаемых льгот и проверку документации, представленной членом семьи, в подтверждение размера получаемого дохода. При обнаружении ложной информации, эти меры могут привести к лишению или снижению льгот, административным мерам или судебным преследованиям.

Не заполнять ниже этой линии

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE:_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/AOC_____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE_____ APPROVED REDUCED PRICE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL: _____ UNTIL: _____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH _____ INCOMPLETE APPLICATION_____ OTHER_____

CHANGE IN STATUS: _____ DATE WITHDRAWN: _____
REASON DATE

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL _____ DATE_____

DATE VERIFICATION NOTICE SENT : _____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD_____ SECOND NOTICE SENT:_____

VERIFICATION RESULT : NO CHANGE_____ FREE TO REDUCED PRICE_____ FREE TO PAID_____ REDUCED PRICE TO FREE_____ REDUCED PRICE TO PAID_____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE : INCOME_____ HOUSEHOLD SIZE_____ REFUSED TO COOPERATE_____ OTHER_____

CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC_____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN:_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL:_____ DATE:_____

رسالة إلى الأسر (وجبات الطعام المتعددة للأطفال)
البرنامج القومي لوجبات الغداء/ الفطور في المدارس

عزيزي الوالد / الوصي

تقدم مدرسة _____ وجبات طعام في كل يوم مدرسي. ويستطيع الأطفال شراء وجبة الغداء بـ _____ ووجبة الفطور بـ _____ . ويستطيع الطفل الحصول على الوجبات مجاناً أو بسعر مخفض. ويجب أن تكون جميع الوجبات المقدّمة طبقاً للمواصفات التي وضعتها وزارة الزراعة الأميركية. وإذا قرر الطبيب ان طفلاً ما هو طفل معاق وان اعاقته تمنعه من تناول وجبات الطعام المدرسية العادية، فإن هذه المدرسة ستقدم أي وجبة بديلة يقررها الطبيب. وإذا كانت هناك ضرورة للوجبة البديلة فلن تحسب رسوم اضافية لقاء هذه الوجبة. وإذا كنت ترى ان طفلك بحاجة إلى وجبات بديلة بسبب اعاقة ما فرجو الاتصال بنا للحصول على مزيد من المعلومات.

وبوسع اطفالك الحصول على وجبات مجانية إذا كنت تحصل الآن على طوابع الغذاء أو معونة الأسر ذات الأطفال. وإذا كان دخل اسرتك كلها مماثلاً لجدول الدخل البياني ادناه أو اقل منه فان اطفالك يحصلون على وجبات مجانية أو بسعر مخفض. ويستطيع الطفل المتبنّى الحصول على وجبة مجانية أو بسعر مخفض بغض النظر عن دخلك. والسعر المخفض لوجبة الغداء هو _____ و _____ لوجبة الفطور.

وللحصول على وجبات مجانية أو بسعر مخفض لأطفالك، يجب أن تملأ طلباً وتقدمه إلى المدرسة. ولا نستطيع الموافقة على الطلب إذا لم يكن كاملاً.

كيف تقدم الطلب

إذا كنت تحصل الآن على طوابع الغذاء أو معونة الأسر ذات الأطفال، للأطفال الذين تقدم الطلب باسمهم، فيجب أن يتضمن الطلب اسماء الأطفال ورقم حالة طوابع الغذاء أو رقم حالة معونة الأسر ذات الأطفال لكل طفل وتوقيع شخص راشد من أفراد الأسرة. **وإذا كنت تقدم طلباً لطفل ربيب** فيجب ان يتضمن الطلب اسم الطفل ودخله «للاستعمال الشخصي» وتوقيع شخص راشد. **وإذا لم تذكر رقم طوابع الغذاء أو رقم حالة معونة الأسر ذات الأطفال،** لجميع الأطفال الذين تقدم الطلب باسمهم فيجب ان يتضمن الطلب اسماء الأطفال، واسماء جميع أفراد الأسرة ومقدار الدخل الذي حصل عليه كل شخص في الشهر السابق ومصدر هذا الدخل، وتوقيع فرد راشد من الأسرة مع ذكر رقم بطاقة التأمين الاجتماعي أو كلمة «لا شيء» إذا لم يكن لدى الشخص الراشد رقم للتأمين الاجتماعي.

جدول الدخل

حجم الأسرة	الدخل السنوي	الشهري	الاسبوعي
١	١٢٥٩٩	١٠٥٠	٢٤٣
٢	١٧٠٠٢	١٤١٧	٣٢٧
٣	٢١٤٠٥	١٧٨٤	٤١٢
٤	٢٥٨٠٨	٢١٥١	٤٩٧
٥	٣٠٢١١	٢٥١٨	٥٨١
٦	٣٤٦١٤	٢٨٨٥	٦٦٦
٧	٣٩٠١٧	٣٢٥٢	٧٥١
٨	٤٣٤٢٠	٣٦١٩	٨٣٥
أضف لكل فرد إضافي	+ ٤٤٠٣	+ ٣٦٧	٨٥+

التحقق: يمكن تحرّي استحقاقك في أي وقت خلال السنة المدرسية. ويجوز للمسؤولين في المدرسة أن يطلبوا منك ارسال وثائق تثبت ان اطفالك يجب ان يحصلوا على وجبات مجانية أو بسعر مخفض.

الاستماع المنصف: يمكنك التحدث مع المسؤولين في المدرسة إذا لم توافق على قرار المدرسة بشأن طلبك أو نتائج التحقق من استحقاقك. ويمكنك ايضاً أن تطلب عقد جلسة استماع منصف. وبإمكانك ان تفعل ذلك بالاتصال تليفونياً أو بالكتابة إلى:

الاسم _____ التليفون _____

العنوان _____

_____

التبليغ عن أي تغيرات: إذا كان اطفالك يحصلون على وجبات مجانية أو بسعر مخفض فإنه يجب عليك أن تبلغ المدرسة إذا نقص حجم الأسرة أو إذا زاد دخلك بأكثر من ٥٠ دولاراً في الشهر أو من ٦٠٠ دولار في السنة. وإذا كان اطفالك يحصلون على وجبات لأنهم حاصلون على طوابع الغذاء أو معونة الأسر ذات الاطفال فيجب عليك أن تبلغ المدرسة عندما لا تحصل على طوابع الغذاء أو المعونة بالنسبة اليهم. ويمكنك ملء طلب آخر تذكر فيه معلومات عن الدخل.

السرية: يستخدم المسؤولون في المدرسة المعلومات المذكورة في الطلب فقط لتقرير ما إذا كان اطفالك سيحصلون على وجبات مجانية أو بسعر مخفض.

إعادة تقديم الطلب: بوسعك أن تقدم طلباً للحصول على وجبات الطعام في أي وقت خلال السنة المدرسية. وإذا لم تكن مستحقاً الآن وحدث تغير كنقص دخل الاسرة وزيادة حجم الاسرة أو إذا اصبحت متعطلاً من العمل أو حصلت على طوابع الغذاء أو معونة الأسر ذات الأطفال لأطفالك، فعليك أن تملأ طلباً بذلك.

في أثناء تنفيذ برامج اطعام الأطفال، لا يمارس أي تمييز ضد الطفل بسبب عرقه أو جنسه أو لونه أو أصله أو سنه أو اعاقته. وإذا اعتقدت ان هناك تميزاً ضدك فاكتب فوراً إلى وزير الزراعة، واشنطن دي. سي. ٢٠٢٥٠.

وستبلغك عندما يوافق على طلبك أو يرفض.

المخلص

Arab 1 Letter

ارشادات ملء الطلب

لطلب وجبات طعام مجانية أو بسعر مخفض، املأ الطلب مستخدماً الارشادات الخاصة باسرتك. وقّع الطلب واعده إلى المدرسة. الرجاء ملء طلب منفصل لكل طفل ريب. اتصل بالمدرسة إذا احتجت إلى مساعدة. رقم التليفون _____

القسم ١ ــ معلومات عن التلميذ: على جميع الأسر أن تملأ هذا الجزء
(١) اكتب اسماء الأطفال الذين تقدم الطلب لهم.
(٢) اذكر صفوفهم المدرسية واسم المدرسة

القسم ٢ ــ الاسر الحاصلة على طوابع غذاء أو معونة للأسرة ذات الأطفال: املأ هذا القسم والقسم ٥.
(١) اذكر طوابع الغذاء الحالية أو رقم حالة معونة الأسر ذات الأطفال، لكل طفل.
(٢) وقع الطلب في القسم ٥. يجب ان يوقع الطلب عضو راشد في الأسرة. اترك القسم ٤ ــ لا تذكر اسماء اعضاء الاسرة أو دخلهم إذا ذكرت طوابع البريد أو رقم حالة معونة الأسر ذات الأطفال، لكل طفل.

القسم ٣ ــ الأسر التي لديها طفل ريب: املأ هذا القسم والقسم ٥ ــ المسؤولية القانونية عن الطفل الريب تقع على عاتق وكالة رعاية اجتماعية أو محكمة.
(١) اذكر دخل «الاستعمال الشخصي» لكل طفل ريب. اكتب «صفراً» إذا لم يكن للطفل الريب دخل «للاستعمال الشخصي». اترك القسم ٤ ــ لا تذكر أي اطفال آخرين أو افراد من الأسرة أو أي دخل.
(٢) يجب أن يوقع الطلب في القسم ٥ والد الريب أو مسؤول آخر يمثل الطفل.

دخل «الاستعمال الشخصي» هو (أ) المال الذي يقدمه مكتب الرعاية الاجتماعية المحدد بحسب الفئة للاستعمال الشخصي للطفل، كالمال المستخدم في شراء الملابس ودفع رسوم المدرسة والمصروف الشخصي، و (ب) جميع الأموال الأخرى التي يحصل عليها الطفل كالمال الذي يأتيه من اسرته/ اسرتها والمال من عمل الولد وقتاً تاماً أو جزئياً منتظماً.

القسم ٤ ــ جميع الأسر الأخرى: املأ هذا القسم والقسم ٥.
(١) اكتب اسماء جميع افراد اسرتك سواء اكانوا يحصلون على دخل ام لا. اذكر اسمك واسماء الاطفال الذين تقدم الطلب باسمهم، وجميع الأطفال الآخرين، واسم زوجك، والجدين وجميع الاشخاص الآخرين من الاقرباء وغير الأقرباء في اسرتك. استخدم ورقة اضافية إذا احتجت إلى حيز أكبر.
(٢) اذكر مقدار الدخل الذي حصل عليه كل فرد في الأسرة الشهر الماضي، وذلك قبل خصم الضرائب أو أي شيء آخر، ومصدر هذا الدخل مثل العمل، الرعاية الاجتماعية، المعاش وأي دخل آخر. إذا كان مقدار أي دخل في الشهر الماضي أكثر أو أقل من المعتاد، اذكر الدخل الشهري المعتاد لذلك الشخص.
(٣) يجب ان يوقع الطلب عضو راشد في الأسرة وان يذكر رقم التأمين الاجتماعي في القسم ٥.

لحساب الدخل الشهري: الدخل الاسبوعي × ٤,٣٣ الدخل كل اسبوعين × ٢,١٥ الدخل مرتين في الشهر × ٢

القسم ٥ ــ التوقيع ورقم التأمين الاجتماعي: على جميع الأسر ان تملأ هذا القسم.
(١) يجب ان تحمل جميع الطلبات توقيع عضو راشد في الأسرة.
(٢) يجب ان يذكر في الطلب رقم التأمين الاجتماعي للشخص الراشد الذي يوقع الطلب. وإذا لم يكن لهذا الشخص رقم تأمين اجتماعي، اكتب «لا شيء» أو شيئاً آخر لإظهار ان الشخص الراشد ليس لديه رقم تأمين اجتماعي. إذا ذكرت طابع الغذاء أو رقم معونة الأسرة ذات الأطفال لكل طفل أو إذا كنت تقدم طلباً لطفل ريب، فليست هناك ضرورة لرقم التأمين الاجتماعي.

القسم ٦ ــ الهوية العنصرية/ العرقية: اكمل الجزء الخاص بالهوية العنصرية/ العرقية إذا رغبت في ذلك. لكنك لست ملزماً بالاجابة عن هذا السؤال للحصول على وجبات طعام مجانية أو بسعر مخفض. ونحن بحاجة إلى هذه المعلومات للتأكد من ان كل فرد يعامل معاملة منصفة.

الدخل الذي يبلغ عنه

الأجور من العمل

اجور/ رواتب/ بقشيش
مزايا الاضراب
تعويض بطالة
أجر عامل
الدخل الصافي من شركة أو مزرعة ذات ملكية ذاتية

رعاية اجتماعية/ اعالة طفل/ نفقة

دفعات اعالة عامة
دفعات رعاية اجتماعية
نفقة/ دفعات اعالة طفل

معاش/ تقاعد/ تأمين اجتماعي

معاشات
دخل تأمين اضافي
دخل تقاعد
دفعات محاربين قدماء
تأمين اجتماعي

دخل آخر

مزايا عاهة مقعدة
نقد مسحوب من المدخرات
فائدة/ عوائد
دخل من عقارات/ صناديق خاصة/ استثمارات
تبرعات منتظمة من أشخاص لا يعيشون في منزلك
صافي عوائد المؤلفات/ الدخل / صافي دخل الايجار
أي دخل آخر

طلب وجبات طعام مجانية أو بسعر مخفض

لطلب وجبات طعام مجانية أو بسعر مخفض، املأ هذا الطلب ووقعه واعده إلى المدرسة. املأ طلباً منفصلاً لكل طفل ريب. اتصل بالمدرسة إذا احتجت إلى مساعدة.
رقم التليفون _____

١ ـــ اكتب بوضوح معلومات عن التلميذ ٢ ـــ اذكر رقم طوابع الغذاء أو معونة الاسر ذات الأطفال، لكل طفل ان وجد

الاسم	الصف	اسم المدرسة	رقم طوابع الغذاء أو رقم معونة الاسر ذات الأطفال

٣ ـــ الطفل الربيب: اذكر دخل الاستعمال الشخصي للطفل. اكتب «صفراً» إذا لم يكن هناك دخل للاستعمال الشخصي _____ دولار.
٤ ـــ أفراد الاسرة والدخل الشهري: إذا ذكرت لكل طفل رقم طوابع الغذاء أو معونة الاسر ذات الاطفال، فانتقل إلى القسم ٥.

اسماء افراد الاسرة	اجمالي الدخل الشهري (قبل الخصومات) وظيفة ١	وظيفة ٢	دفعات الرعاية الاجتماعية، اعالة الطفل، النفقة	الدفعات الشهرية من المعاش، التقاعد، التأمين الاجتماعي	أي دخل شهري آخر
	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار
	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار
	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار
	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار
	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار
	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار
	دولار	دولار	دولار	دولار	دولار

٥ ـــ التوقيع ورقم التأمين الاجتماعي: اشهد ان جميع المعلومات الواردة أعلاه صادقة وصحيحة وان جميع الدخل قد ابلغ عنه. وادرك ان المعلومات تقدم لتلقى أموال فدرالية، وان المسؤولين في المدرسة يمكنهم التحقق من المعلومات الواردة في الطلب، وان تقديم معلومات مغلوطة عن عمد يعرضني للملاحقة القضائية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفدرالية.

× _____ × _____
توقيع عضو راشد من أعضاء الأسرة — رقم التأمين الاجتماعي

رقم تلفون المنزل _____ رقم تلفون العمل _____ الاسم: _____

الشارع / رقم الشقة _____ المدينة / الولاية / الرمز البريدي _____ التاريخ _____

٦ ـــ العرق: من فضلك اذكر هوية طفلك (اطفالك) العرقية أو العنصرية. انت غير ملزم بالاجابة عن هذا السؤال.

ـــ ابيض، ليس من أصل اسباني ـــ اسود، ليس من أصل اسباني ـــ من أصل اسباني ـــ آسيوي، من جزر المحيط الهادي ـــ هندي اميركي/من سكان الاسكا الاصليين

• بيان قانون السرية: ينص القسم ٩ من قانون برنامج الغذاء المدرسي، انه إذا لم تذكر رقم طوابع الغذاء أو رقم حالة معونة الاسر ذات الاطفال لطفلك، فيجب عليك ان تذكر رقم التأمين الاجتماعي لعضو الاسرة الراشد الذي وقع الطلب، أو ان تشير إلى ان هذا العضو ليس لديه رقم تأمين اجتماعي. ولا يعد ذكر رقم التأمين الاجتماعي الزامياً، إلا انه إذا لم يذكر رقم التأمين الاجتماعي أو إذا لم تكن هناك اشارة إلى ان مُوَقِّع الطلب ليس لديه مثل هذا الرقم، فانه لا يمكن الموافقة على الطلب. ويمكن استخدام رقم التأمين الاجتماعي للتعرف على عضو الاسرة فيما يتعلق بتنفيذ مساعي التحقق من صحة المعلومات الواردة في الطلب. ويمكن تنفيذ مساعي التحقق خلال عمليات مراجعة البرنامج وتدقيقه وعمليات التحقيق، ويمكن أن تشمل الاتصال مع أرباب العمل لتحديد مقدار الدخل، والاتصال مع مكتب لطوابع الغذاء أو للرعاية الاجتماعية لتحديد الوثائق الحالية الخاصة بتلقي مزايا طوابع الغذاء أو معونة الأسر ذات الاطفال، والاتصال مع مكتب تأمين العمالة بالولاية لتحديد مقدار المزايا التي سيتم تلقيها، والتثبت من صحة الوثائق التي يقدمها أعضاء الاسرة للبرهنة على مقدار الدخل الذي يتلقونه. وقد تسفر هذه المساعي عن خسارة المزايا أو تخفيضها وعن دعاوي ادارية أو اجراءات قانونية إذا ذكرت معلومات غير صحيحة.

لاستعمال المدرسة فقط لا تكتب تحت هذا الخط

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE:_____ MONTHLY INCOME_____ FOOD STAMP_____ AFDC/ADC_____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE_____ APPROVED REDUCED PRICE_____ DENIED_____ TEMPORARY UNTIL:_____ UNTIL: _____ UNTIL: _____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH _____ INCOMPLETE APPLICATION_____ OTHER_____

CHANGE IN STATUS: _____ DATE WITHDRAWN: _____
REASON DATE

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL_____ DATE_____

DATE VERIFICATION NOTICE SENT :_____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD_____ SECOND NOTICE SENT:_____

VERIFICATION RESULT : NO CHANGE_____ FREE TO REDUCED PRICE_____ FREE TO PAID_____ REDUCED PRICE TO FREE_____ REDUCED PRICE TO PAID_____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE : INCOME_____ HOUSEHOLD SIZE_____ REFUSED TO COOPERATE_____ OTHER_____

CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC_____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN:_____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL:_____ DATE:_____

Arab 3b App

LETTRE AUX FOYERS

PROGRAMME NATIONAL DEJEUNERS/PETITS DEJEUNERS SCOLAIRES

Cher Parent ou Tuteur :

L'école _____ sert des repas tous les jours ouverts. Les déjeuners coûtent _____ et les petits-déjeuners _____. Les enfants peuvent aussi bénéficier de repas gratuits ou à tarif réduit. Tous les repas doivent répondre aux normes établies par le département américain de l'Agriculture. Cependant, sur certificat médical attestant que l'enfant ne peut pas prendre le repas servi normalement par l'école, celle-ci apportera les changements prescrits sans frais supplémentaires. Si vous pensez que votre enfant a besoin de repas spéciaux pour raisons médicales, veuillez nous contacter.

Si vous bénéficiez actuellement de coupons alimentaires ou d'une aide aux familles avec enfants à charge (AFDC), ceux-ci peuvent obtenir des repas gratuits. Si le revenu total du foyer est égal ou inférieur au montant indiqué sur le barème ci-après, vos enfants peuvent bénéficier de repas gratuits ou à tarif réduit. Quel que soit votre revenu, un enfant adopté peut bénéficier de repas gratuits ou à tarif réduit. Les prix réduit sont _____ pour le déjeuner et _____ pour le petit-déjeuner.

POUR OBTENIR LES REPAS GRATUITS OU A PRIX REDUIT POUR VOS ENFANTS, VEUILLEZ REMPLIR LA DEMANDE ET LA RENVOYER A L'ECOLE. TOUTE DEMANDE INCOMPLETE SERA REJETEE.

COMMENT SOUMETTRE LA DEMANDE

Si vous bénéficiez actuellement de coupons alimentaires ou de l'AFDC pour les enfants bénéficiaires de la demande, celle-ci doit comporter le nom de l'enfant, le numéro de dossier AFDC ou pour les coupons alimentaires pour chaque enfant, et être signée par un adulte du foyer. Si la demande concerne un enfant adopté, la demande doit comporter le nom de l'enfant, son revenu "pour usage personnel" et la signature d'un adulte. Si vous n'indiquez ni le numéro de dossier AFDC ni celui des coupons alimentaires pour tous les enfants faisant l'objet de la demande, indiquez les noms des enfants, ceux de tous les membres du foyer, le revenu de chaque personne le mois précédent, sa source, la signature et le numéro de sécurité sociale d'un adulte du foyer et l'indication "aucun" si l'adulte n'en a pas.

BAREME DES REVENUS

Personnes	Annuels	Mensuels	Hebdomadaires
1	12 599	1 050	243
2	17 002	1 417	327
3	21 405	1 784	412
4	25 808	2 151	497
5	30 211	2 518	581
6	34 614	2 885	666
7	39 017	3 252	751
8	43 420	3 619	835
Pour chaque membre supplémentaire, ajouter	+4 403	+367	+85

Vérification : Vos qualifications pour ce programme peuvent être vérifiées à tout moment pendant l'année scolaire. Les responsables de l'école peuvent vous demander d'envoyer des pièces justificatives démontrant que vos enfants doivent bénéficier de repas gratuits ou à tarif réduit.

Litige : Si vous contestez la décision prise par l'école concernant votre demande ou les résultats d'une vérification, vous pouvez en parler aux responsables de l'école. Vous pouvez aussi demander que votre point de vue soit entendu en appelant ou en écrivant à

Nom_____Téléphone_____

Adresse_____

Notification de changements : Si, en raison de votre revenu, vos enfants bénéficient de repas gratuits ou à tarif réduit, vous devez notifier l'école en cas de diminution du nombre de personnes dans votre foyer, ou d'une augmentation de plus de 50 dollars par mois ou 600 dollars par ans de votre revenu. Si ces bénéfices sont attribués parce qu'ils ont droit à des coupons alimentaires ou bénéficient de l'AFDC, vous devez notifier l'école s'ils n'en bénéficient plus. Vous pouvez remplir une autre demande portant sur l'importance des revenus.

Caractère confidentiel : Les renseignements figurant sur la demande ne peuvent être utilisés par les responsables scolaires que pour décider si vos enfants peuvent bénéficier des repas gratuits ou à tarif réduit.

Renouvellement de la demande : Une demande peut être soumise à tout moment de l'année scolaire. Vous pouvez remplir une demande au moment d'un changement de votre situation de famille (augmentation du revenu, ou du nombre de personnes à charge, chômage, ou qualification pour coupons alimentaires ou AFDC pour vos enfants).

LES PROGRAMMES D'ALIMENTATION DES ENFANTS NE PEUVENT ETRE DISCRIMINATOIRES POUR RAISONS DE RACE, SEXE, COULEUR, ORIGINE NATIONALE, AGE OU HANDICAP. SI VOUS ESTIMEZ ETRE VICTIME DE DISCRIMINATION, CONTACTEZ IMMEDIATEMENT LE SECRETAIRE A L'AGRICULTURE, WASHINGTON, D.C. 20250.

Nous vous ferons savoir si votre demande est approuvée ou rejetée.

Salutations distinguées,

CONSIGNES POUR REMPLIR LA DEMANDE

Pour faire une demande de repas gratuits et à tarif réduit, veuillez remplir le formulaire en suivant les instructions vous concernant, le signer et le renvoyer à l'école. Veuillez remplir un formulaire par enfant dont vous avez la garde temporaire. En cas de besoin, appeler l'école au _____.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT : TOUS LES FOYERS REMPLISSENT CETTE SECTION

(1) Inscrire les noms des enfants pour lesquels vous faites la demande (en caractères d'imprimerie).
(2) Indiquer leur classe et l'école fréquentée.

SECTION 2 - FOYERS BENEFICIANT DE COUPONS ALIMENTAIRES OU DE L'AFDC : REMPLIR CETTE SECTION ET LA SECTION 5.

(1) Indiquer le numéro de coupon alimentaire ou de dossier AFDC pour chaque enfant.
(2) Un adulte du foyer doit signer le formulaire à la Section 5. PASSER A LA SECTION 5. Si vous indiquez un numéro de coupons alimentaires ou de dossier AFDC pour chaque enfant, ne pas donner les noms des membres du foyer ou leur revenu.

SECTION 3 - FOYERS AYANT LA GARDE TEMPORAIRE D'UN ENFANT : REMPLIR CETTE SECTION ET LA SECTION 5. Un enfant dont vous avez la garde temporaire relève de la responsabilité légale d'un service d'aide sociale ou d'un tribunal.

(1) Indiquer le revenu mensuel "pour usage personnel" de l'enfant. Indiquer "0" s'il n'en a pas. PASSER A LA SECTION 5 - Ne pas mentionner d'autres enfants, membres du foyer ou revenus.
(2) Un gardien légal ou toute autre personne représentant officiellement l'enfant doit signer la SECTION 5 de la demande.

Le revenu "pour usage personnel" est (a) de l'argent donné par le bureau d'aide sociale, par catégories, pour l'usage personnel de l'enfant (habillement, frais de scolarité, argent de poche) ; et (b) toute autre somme d'argent que l'enfant reçoit, par exemple de sa famille et d'un emploi à plein temps ou à mi-temps régulier.

SECTION 4 - TOUS LES AUTRES FOYERS DOIVENT REMPLIR CETTE SECTION ET LA SECTION 5.

(1) Indiquer le nom de toutes les personnes de votre foyer, qu'elles aient ou non un revenu, y compris vous-mêmes, les enfants pour lesquels la demande est faite, tous les autres enfants, votre époux/épouse, les grands-parents et autres personnes de votre foyer, avec ou sans lien de parenté. Utiliser une autre feuille de papier si nécessaire.
(2) Indiquer le revenu de chaque membre du foyer le mois dernier, avant impôts ou toute autre retenue, sa source (salaire, indemnités de chômage, pensions et autres revenus). Si le montant perçu le mois dernier est supérieur ou inférieur à la normale, indiquer le revenu mensuel habituel de cette personne.
(3) Un adulte membre du foyer doit signer la demande et indiquer son numéro de sécurité sociale à la SECTION 5.

Pour calculer le revenu mensuel : Montant hebdomadaire x 4,33 ; toutes les 2 semaines x 2,15 ; deux fois par mois x 2.

SECTION 5 - SIGNATURE ET NUMERO DE SECURITE SOCIALE : A REMPLIR PAR TOUS LES FOYERS.

(1) Toutes les demandes doivent être signées par un adulte membre du foyer.
(2) La demande doit comporter le numéro de sécurité sociale de l'adulte qui la signe. S'il n'en a pas, inscrire "aucun" ou toute autre indication dans ce sens. Ce numéro n'est pas nécessaire si vous avez donné un numéro de coupons alimentaires ou AFDC pour chaque enfant ou si le bénéficiaire de la demande est un enfant dont vous avez la garde temporaire.

SECTION 6 - Identité raciale/ethnique : Réponse facultative, non requise pour bénéficier de repas gratuits ou à tarif réduit. Cette information nous permet de nous assurer que tout le monde est traité de manière juste.

REVENUS A INDIQUER

Revenus provenant d'un travail
Gages/salaires/pourboires
Indemnités de grève
Indemnités de chômage
Indemnités de maladie
Revenu net d'un emploi indépendant ou d'une exploitation agricole

Pensions/Retraite/Sec. Soc.
Pensions
Revenu social complémentaire
Retraite
Retraite militaire
Sécurité sociale

Autres revenus
Indemnités pour incapacité
Retrait en liquide d'un compte d'épargne
Intérêts/dividendes
Rentes/trusts/investissements
Contributions régulières d'une personne ne vivant pas au foyer
Redevances/annuités/revenus net de loyers
Autres revenus

Aide sociale/Entretien des enfants/Pension alimentaire
Aide publique
Aide sociale
Pension alimentaire/entretien des enfants

DEMANDE D'OCTROI DE
REPAS GRATUITS OU A TARIF REDUIT

Pour demander à bénéficier de repas gratuits et à prix réduits, veuillez remplir ce formulaire, le signer et le renvoyer à l'école. Remplir un formulaire par enfant dont vous avez la garde temporaire. En cas de besoin, appeler l'école au _____.

1 En caractères d'imprimerie RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT 2 Indiquer le numéro de dossier coupons alimentaires ou AFDC pour chaque enfant s'il en a un

NOM	CLASSE	ECOLE FREQUENTEE	COUPONS	ou AFDC

3 ENFANT en garde temporaire : Revenu d'usage personnel. Indiquer "0" s'il n'en a pas : _____
4 MEMBRES DU FOYER ET REVENU MENSUEL : Passer à 5 si vous avez donné un numéro "coupons" ou "AFDC" par enfant.

NOMS DES MEMBRES DU FOYER	Revenu MENSUEL brut (avant déductions) Emploi 1	Emploi 2	Indemnités MENSUELLES de l'Etat, entretien de l'enfant, pension alimentaire	Pensions, retraite, sécurité sociale MENSUEL	Autres sources de revenu MENSUEL

5 SIGNATURE ET N° DE SECURITE SOCIALE : Je certifie que tous les renseignements ci-dessus sont vrais et corrects et que tous les revenus ont été indiqués. Les renseignements ci-dessus sont donnés pour recevoir des fonds fédéraux ; les responsables de l'école peuvent les vérifier ; tout renseignement délibérément erroné peut entraîner des poursuites judiciaires en vertu des lois d'état et fédérales applicables.

Lu et approuvé

_____ _____
Signature d'un adulte du foyer Numéro de sécurité sociale*

Téléphone: Domicile _____ Travail _____ Nom (En caractères d'imprimerie) _____

Rue/Apt N° _____ Ville/Etat/Code postal _____ Date _____

6 RACE : Cocher la race ou l'identité ethnique de vos enfants. Réponse facultative.

____ Blanc, non latino-américain ____ Noir, non latino-américain ____ Latino-américain ____ Asiatique/Pacifique

____ Amérindien

*DECLARATION DE CONFIDENTIALITE : LA SECTION 9 DE LA LOI SUR LES REPAS SCOLAIRES REQUIERT QU'EN L'ABSENCE D'UN NUMERO DE COUPONS ALIMENTAIRES OU AFDC, VOUS INDIQUIEZ LE NUMERO DE SECURITE SOCIALE DE L'ADULTE DU FOYER SIGNANT LA DEMANDE, OU QUE CET ADULTE N'A PAS DE NUMERO DE SECURITE SOCIALE. CE NUMERO N'EST PAS OBLIGATOIRE, MAIS S'IL N'EST PAS INDIQUE DE NUMERO ET QUE LE SIGNATAIRE N'A PAS DE NUMERO DE SECURITE SOCIALE, LA DEMANDE SERA REJETEE. CE NUMERO PEUT SERVIR A IDENTIFIER LE MEMBRE DU FOYER LORS DE LA VERIFICATION DES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR LE FORMULAIRE. CES VERIFICATIONS PEUVENT SE FAIRE PAR EXAMENS DU PROGRAMME, EXAMENS COMPTABLES ET ENQUETES ET PEUVENT ENTRAINER LE CONTACT D'EMPLOYEURS POUR DETERMINER LE REVENU, UN BUREAU D'AIDE SOCIALE POUR DETERMINER LES QUALIFICATIONS PERMETTANT DE BENEFICIER DE COUPONS ALIMENTAIRES OU DE L'AFDC, LE BUREAU DE L'AGENCE DE L'EMPLOI DE L'ETAT POUR DETERMINER LE MONTANT DES INDEMNITES PERCUES ET VERIFIER LA DOCUMENTATION SOUMISE PAR LES MEMBRES DU FOYER POUR PROUVER LE MONTANT DU REVENU PERCU. CES VERIFICATIONS PEUVENT ENTRAINER LA PERTE OU LA DIMINUTION DES BENEFICES, DES PLAINTES ADMINISTRATIVES OU LEGALES EN CAS DE FAUX RENSEIGNEMENTS.

RESERVE A L'USAGE DE L'ECOLE DE RIEN ECRIRE SOUS CETTE LIGNE

MONTHLY INCOME CONVERSION WEEKLY X 4.33 EVERY 2 WEEKS X 2.15 TWICE A MONTH X 2

TOTAL HOUSEHOLD SIZE: _____ MONTHLY INCOME _____ FOOD STAMP _____ AFDC/ADC _____

ELIGIBILITY DETERMINATION: APPROVED FREE _____ APPROVED REDUCED PRICE _____ DENIED _____ TEMPORARY UNTIL: _____ UNTIL: _____ UNTIL: _____

REASON FOR DENIAL: INCOME TOO HIGH _____ INCOMPLETE APPLICATION _____ OTHER _____

CHANGE IN STATUS: _____ DATE WITHDRAWN: _____
REASON DATE

SIGNATURE OF DETERMINING OFFICIAL _____ DATE _____

DATE VERIFICATION NOTICE SENT: _____ RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD _____ SECOND NOTICE SENT: _____

VERIFICATION RESULT: NO CHANGE _____ FREE TO REDUCED PRICE _____ FREE TO PAID _____ REDUCED PRICE TO FREE _____ REDUCED PRICE TO PAID _____

REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE: INCOME _____ HOUSEHOLD SIZE _____ REFUSED TO COOPERATE _____ OTHER _____
CHANGE IN FOOD STAMP/AFDC _____

DATE "NOTICE OF CHANGE" SENT TO PARENT/GUARDIAN: _____ SIGNATURE OF VERIFYING OFFICIAL: _____ DATE _____

Fr 3 Application