2020-2021 Прототип семейной заявки на бесплатное или льготное школьное питание Oregon

Заполните одну заявку на одну семью. Пожалуйста, используйте шариковую ручку (не карандаш).

Подайте заявку по Интернету по адресу www.abcdefgh.edu

ЭТАП 1 Перечислите ВСЕХ Членов семьи, которыми являются младенцы, дети и ученики вплоть до 12 класса (если требуется больше места для дополнительных имен, приложите еще один лист бумаги)

Определение **Члена семьи**: « Тот, кто живет с вами и разделяет доходы и расходы, даже не являясь родственником ».

Дети **Патронатном воспитании** и дети, которые соответствуют определению **Бездомного, Мигранта** или **Беглеца** имеют право на бесплатное питание. Прочтите **Как подать заявку на бесплатное и льготное школьное питание** для получения дополнительной информации.

Имя ребенка	Инициал отчества	Фамилия ребенка	Класс	Ученик? Да	Ученик? Нет	Приемный ребенок	Бездомный, мигрант, беглец
				○	○	☐	☐
				○	○	☐	☐
				○	○	☐	☐
				○	○	☐	☐
				○	○	☐	☐

Отметьте все, что подходит

ЭТАП 2 Участвует ли кто-либо из Членов семьи (включая вас) в настоящее время в одной или нескольких программах социальной помощи: Программа льготной покупки продуктов (**SNAP**), Программа временной помощи для малоимущих семей (**TANF**) или Программа распределения продуктов питания на индейских резервациях (**FDPIR**)?

Если НЕТ > Перейдите к ЭТАПУ 3.

Если ДА > Укажите номер дела здесь, затем перейдите к ЭТАПУ 4 (Не заполняйте ЭТАП 3)

Номер дела:

Укажите только один номер дела в этом поле.

ЭТАП 3 Предоставьте отчет о прибыли для ВСЕХ Членов семьи (Пропустите этот этап, если вы ответили «Да» в ЭТАПЕ 2)

Вы не уверены, какой доход здесь указать?

Переверните страницу и изучите таблицы «Источники дохода» для получения дополнительной информации.

Таблица «Источники дохода для детей» поможет вам заполнить раздел Доход ребенка.

Таблица «Источники дохода для взрослых» поможет вам заполнить раздел Все взрослые члены семьи.

А. Доход ребенка

Иногда дети в семье зарабатывают или получают доход. Пожалуйста, включите ОБЩИЙ доход, полученный всеми Членами семьи, перечисленными в ЭТАПЕ 1.

Доход ребенка	Еженедельно	Каждые две недели	Два раза в месяц	Ежемесячно
$	○	○	○	○

Б. Все взрослые члены семьи (включая себя)

Перечислите всех Членов семьи, не указанных в ЭТАПЕ 1 (включая себя), даже если они не получают доход. Для каждого указанного Члена семьи, если они получают доход, предоставьте отчет об общем валовом доходе (до вычета налогов) для каждого источника только в целых долларах (без центов). Если они не получают доход из какого-либо источника, напишите '0'. Если вы указываете '0' или оставляете какие-либо поля пустыми, то вы подтверждаете (заверяете), что нет никакого дохода.

Имя Взрослых членов семьи (имя и фамилия)	Заработная плата	Еженедельно	Каждые две недели	Два раза в месяц	Ежемесячно	Государственная помощь / Пособие на ребенка / Алименты	Еженедельно	Каждые две недели	Два раза в месяц	Ежемесячно	Пенсии / Пенсионное обеспечение / Все прочие доходы	Еженедельно	Каждые две недели	Два раза в месяц	Ежемесячно
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

Общее число членов семьи (Дети и взрослые)

Последние четыре цифры номера социального страхования (SSN) Главного получателя заработной платы или Другого взрослого члена семьи X X X X X

Отметьте, если нет номера социального страхования ☐

ЭТАП 4 Контактная информация и подпись взрослого члена семьи

«Я подтверждаю (заверяю), что вся информация в данной заявке является верной и что предоставлен отчет о всех доходах. Я понимаю, что данная информация предоставляется в связи с получением средств из федерального бюджета и что администрация школы может проверить эту информацию. Я уведомлен, что если я намеренно предоставлю ложную информацию, то мои дети могут потерять льготы на питание и я могу быть привлечен к ответственности в соответствии с применимыми государственными и федеральными законами».

Улица (если таковая имеется) | Квартира | Город | Штат | Почтовый индекс | Номер телефона и адрес электронной почты (по желанию)

Имя взрослого члена семьи, заполнившего формуляр (печатными буквами) | Подпись взрослого члена семьи | Сегодняшняя дата

ИНСТРУКЦИИ Источники дохода

Источник дохода для детей

Источники дохода ребенка	Примеры
- Заработная плата	- У ребенка есть регулярная работа на полную ставку или на неполный рабочий день, где он получает зарплату
- Социальное обеспечение - Социальные пособия по инвалидности - Пособия в связи с потерей кормильца	- Ребенок является слепым или инвалидом и получает пособия по социальному обеспечению - Родитель является инвалидом, пенсионером или умершим, и его ребенок получает пособия по социальному обеспечению
- Доходы от человека вне семьи	- Друг или дальний член семьи регулярно дает ребенку деньги
- Доходы из какого-либо другого источника	- Ребенок получает регулярный доход из частного пенсионного фонда, траста или в качестве аннуитета

Источник дохода для взрослых

Доходы от работы	Государственная помощь / Алименты / Пособие на ребенка	Пенсии / Пенсионное обеспечение / Все прочие доходы
- Заработная плата, денежные премии - Чистый доход от самостоятельной занятости (фермы или бизнес) Если вы служите в американской армии: - Основные выплаты и денежные премии (НЕ включают плату за участие в боевых действиях, Управление по делам семьи и социальных услуг (FSSA) или приватизированные пособия на жилье) - Пособия на жилье вне базы, питание и одежду	- Пособия по безработице - Компенсация работникам - Дополнительный социальный доход (SSI) - Денежная помощь от государства или местного правительства - Выплата алиментов - Выплата пособий на ребенка - Пособия для ветеранов - Пособия бастующим	- Социальное обеспечение (в том числе пенсию для железнодорожников и пособия для людей с болезнью "черных легких") - Частные пенсии или пенсии по инвалидности - Регулярный доход от траста или имущества - Аннуитеты - Доход от инвестиций - Заработанные проценты - Арендный доход - Регулярные денежные выплаты извне семьи

ПО ЖЕЛАНИЮ Расовая и этническая принадлежность детей

Мы обязаны запросить информацию о расе и этнической принадлежности ваших детей. Эта информация важна и помогает убедиться, что мы в полной мере служим нашему обществу. Заполнение этого раздела не является обязательным и не влияет на право ваших детей на бесплатное или льготное питание.

Этническая принадлежность (отметьте один вариант): ☐ Представитель испаноязычного населения или латиноамериканец ☐ Не представитель испаноязычного населения или нелатиноамериканец

Раса (отметьте один или более вариантов): ☐ Американский индеец или коренной житель Аляски ☐ Азиат ☐ Чернокожий или афро-американец ☐ Коренные жители Гавайских островов или других островов Тихого океана ☐ Белый

Я не хочу, чтобы моя информация передавалась сотрудникам Программы детского медицинского страхования штата (State children's health Insurance program, SCHIP) Распишитесь здесь:_____

У меня есть ребенок (или детей), которые не имеют какой-либо медицинское страхование – частное медицинское страхование ни Орегон здоровье здоровых план детей. Я заинтересован в бесплатно или сокращение расходов на медицинское страхование для по крайней мере один из моих детей. Да нет

Закон об обеде Национальной школы Ричарда Б. Рассела предоставление информации в этой заявке. Вы не обязаны предоставлять информацию, но если вы этого не сделаете, мы не сможем утверждать вашего ребенка на бесплатное или льготное питание. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, который подписывает заявку. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаете заявку от имени приемного ребенка или указываете номер дела Программы льготной покупки продуктов (SNAP), Программы временной помощи для малоимущих семей (TANF) или Программы распределения продуктов питания на индейских резервациях (FDPIR) номер дела или другой идентификатор FDPIR для вашего ребенка или когда вы указываете, что взрослый член семьи, подписывающий заявку, не имеет номера социального страхования. Мы будем использовать вашу информацию, чтобы определить, имеет ли ваш ребенок право на бесплатное или льготное питание, а также для администрирования и реализации программ завтраков и обедов. Мы МОЖЕМ передать вашу информацию о соответствии требованиям в программы образования, здравоохранения и питания для того, чтобы помочь им оценить, финансировать или определить пособия для своих программ, аудиторов для рассмотрения программ, а также сотрудников правоохранительных органов, чтобы помочь им расследовать нарушения правил программ.

В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и положениями и мерами о гражданских правах Министерства сельского хозяйства США (USDA), Министерству сельского хозяйства США, его ведомствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим или управляющим программами Министерства сельского хозяйства США, запрещается дискриминировать по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений или репрессалии или преследование за предыдущую деятельность в области гражданских прав в рамках какой-либо программы или деятельности, осуществляемой или финансируемой Министерством сельского хозяйства США.

Инвалиды, которые нуждаются в альтернативных средствах связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т.д.), должны обратиться в ведомство (государственное или местное), где они подали заявку на пособия. Лица с такими недостатками, как глухота, пониженный слух или нарушение речи могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в рамках программы, заполните Формуляр для жалобы о дискриминации в рамках Программы Министерства сельского хозяйства США (AD-3027), которую можно найти в Интернете на: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, и в любом офисе Министерства сельского хозяйства США, или отправьте письмо в Министерство сельского хозяйства США и предоставьте в письме всю информацию, которая запрашивается в формуляре. Чтобы запросить формуляр жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненный формуляр или письмо в Министерство сельского хозяйства США по:

почте: Министерство сельского хозяйства США
Офис помощника секретаря по гражданским правам
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

факсу: (202) 690-7442

электронной почте: program.intake@usda.gov.

Это учреждение является поставщиком равных возможностей.

Не заполняйте Для использования только школой

Total Income

How often? Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly

Household size

Categorical Eligibility ☐

Eligibility: Free | Reduced | Denied

Oregon Expanded Income Group:

Determining Official's Signature | Date

Confirming Official's Signature | Date

Verifying Official's Signature | Date