

## Shoreline School District 412

Viti Shkollor 2009-2010

### APLIKIMI I FAMILJES PËR VAKTE USHQIMI FALAS OSE ME ÇMIM TË REDUKTUAR

Që të aplikoni për vakte ushqimi falas ose me çmim të reduktuar për fëmijët tuaj, plotësoni këtë aplikim, nënshkruani emrin tuaj dhe kthejani aplikimin shkollës. Për ndihmë ju lutemi telefonojni shkollës së fëmijës suaj dhe kërkoni ndihmë me aplikimin për vakte ushqimi falas ose me çmim të reduktuar (206) 361-4209.

PJESA 1 FËMIJËT NË SHKOLLË (Përdorni një aplikim të veçantë për çdo fëmijë në kujdestarinë e shtetit)			
Emrat e të gjithë fëmijëve në shkollë (Emri, Iniciali i Mesit, Mbiemri)	Emri i Shkollës	Klasa	Numri i dosjes SNAP* ose TANF (në se ka ndonjë). Shkoni në Pjesën 5 nëse keni një numër dosjeje SNAP* ose TANF

**PJESA 2** Nëse fëmija për të cilin ju po aplikoni është i pastrehë, shtegtar ose i arratisur, shënoni kutinë e përshtatshme dhe merrni në telefon \_\_\_\_\_ (your school, homeless liaison, migrant coordinator) në

I pastrehë       Shtegëtar       I ikur nga shtëpia

**PJESA 3 FËMIJË NË KUJDESTARINË E SHTETIT**  
Nëse ky aplikim është për një fëmijë për të cilin ka përgjegjësi ligjore një agjenci e ndihmës sociale ose gjykata, shënoni këtë kuti  dhe pastaj jepni shumën e të ardhurave mujore të fëmijës për përdorim personal: \$ \_\_\_\_\_. Shkoni në Pjesën 5.

PJESA 4 E ARDHURA TOTALE E PLOTË E FAMILJES - Ju duhet të na thoni sasinë dhe se sa shpesh merret					
1. Emrat e Anëtarëve të Familjes (Shkruani çdo person në familje)	2. Ardhura e plotë dhe sa shpesh u mor Për Shembull: \$100/në muaj \$100/dy herë në muaj \$100/çdo dy javë \$100/në javë				3. Shënoni nëse S'KA të ardhura
	Të ardhurat nga puna para zbritjeve	Ndihmë Sociale, mbështetje e fëmijës, pagesa për ushqimin	Pensioni, Sigurimi Shoqëror	Të gjitha të ardhurat e tjera	
Shembull: Jane Smith	\$200/në javë	\$150/në javë	\$100/në muaj	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>
	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>
	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>
	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>
	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>
	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>
	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>
	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>

**PJESA 5 NËNSHKRIMI DHE NUMRI I SIGURIMIT SHOQËROR (I rrituri duhet të nënshkruajë)**

Një anëtar i rritur i familjes duhet të nënshkruajë aplikimin. Nëse Pjesa 4 plotësohet, i rrituri që nënshkruan formularin duhet të japë gjithashtu Numrin e tij apo të saj të Sigurimit Shoqëror ose të shënojë kutinë "Unë nuk kam një Numër të Sigurimit Social". (Shih Deklaratën e Aktit të Fshehtësisë në pjesën e pasme të kësaj flete)

Unë vërtetoj (premtoj) që i gjithë informacioni në këtë aplikim është i vërtetë dhe se të gjitha të ardhurat janë raportuar. Unë e kuptoj se shkolla do të marrë fonde Federale bazuar në informacionin që unë jap. Unë e kuptoj se zyrtarët e shkollës mund ta verifikojnë (kontrollojnë) informacionin. Unë e kuptoj se, nëse unë me qëllim jap informacion të rremë, fëmijët e mi mund të humbasin përfitimet e ushqimit dhe unë mund të ndiqem penalisht.

EMRI I PRINTUAR I ANËTARIT TË RRITUR TË FAMILJES	ADRESA E POSTIMIT	NUMRI I TELEFONIT TË SHTËPISË ( )
NUMRI I SIGURIMIT SHOQËROR	QYTETI DHE KODI POSTAR	NUMRI I TELEFONIT TË PUNËS ( )

Unë nuk kam një Numër të Sigurimit Shoqëror.  
Ju lutemi nënshkruani këtu: X \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Nënshkrimi i Anëtarit të Rritur të Familjes

**PJESA 6 IDENTITETI RACOR DHE ETNIK I FËMIJËS (me dëshirë)**

Shënoni një ose më shumë identitete racore:

Aziatik       Indianan Amerikan ose i Lindur në Alaska  
 I Bardhë       I Lindur në Hauai ose Ishuj të Tjerë të Paqësorit  
 I Zi ose Amerikan Afrikan       Tjetër \_\_\_\_\_

Shënoni një identitet etnik:

Hispanik ose Latino  
 Jo Hispanik ose Latino

## Shoreline School District 412

Fëmijët tuaj mund të kualifikohen për vakte ushqimi falas ose me çmim të reduktuar nëse e ardhura e familjes suaj është brenda kufijve të kësaj diagrame.

Diagrama e të Ardhurave Federale			
Vakte Ushqimi me Çmime të Redukuara			
Në efekt nga			
1 korrik 2009 deri më 30 qershor 2010			
Madhësia e Familjes	Vjetore	Mujore	Javore
1	\$20,036	\$1,670	\$386
2	26,955	2,247	519
3	33,874	2,823	652
4	40,793	3,400	785
5	47,712	3,976	918
6	54,631	4,553	1,051
7	61,550	5,130	1,184
8	68,469	5,706	1,317
Për çdo anëtar tjetër shtoni:	+6,919	+577	+134

Diagrama e të Ardhurave Federale			
Vakte Ushqimi Falas			
Në efekt nga			
1 korrik 2009 deri më 30 qershor 2010			
Madhësia e Familjes	Vjetore	Mujore	Javore
1	\$14,079	\$1,174	\$271
2	18,941	1,579	365
3	23,803	1,984	458
4	28,665	2,389	552
5	33,527	2,794	645
6	38,389	3,200	739
7	43,251	3,605	832
8	48,113	4,010	926
Për çdo anëtar tjetër shtoni:	+4,862	+406	+94

\*SNAP: Programi i Ndhmës së Ushqimit Shtesë (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)) (ish Programi i Ushqimit me Kupon)

**Deklarata e Aktit të Fshehtësisë:** Kjo shpjegon se si ne do ta përdorim informacionin që na jepni.

Akti Kombëtar Richard B. Russell i Drekës së Shkollës kërkon informacionin në këtë aplikim. Ju nuk jeni të detyruar ta jepni informacionin, por nëse nuk e jepni, ne nuk mund ta aprovojme fëmijën tuaj për vakte ushqimi falas ose me çmim të reduktuar. Ju duhet të përfshini numrin e sigurimit shoqëror të anëtarit të rritur të familjes që nënshkruan aplikimin. Numri i Sigurimit Shoqëror nuk kërkohet kur aplikoni në emër të një fëmije nën kujdestarinë e shtetit ose kur ju jepni një numër të dosjes së Programit të Ndhmës së Ushqimit Shtesë (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), Programit të Mbështetjes së Përkohshme për Familjet Nevojtare (Temporary Assistance for Needy Families(TANF)) ose të Programit të Shpërndarjes së Ushqimit në Rezervatet Indiane (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)) apo përcaktues tjetër FDPIR për fëmijën tuaj, ose kur tregoni se anëtar i rritur i familjes që nënshkruan aplikimin nuk ka një numër të sigurimit shoqëror. Ne do ta përdorim informacionin tuaj për të vendosur nëse fëmija juaj kualifikohet për vakte ushqimi falas ose me çmim të reduktuar dhe për administrimin dhe zbatimin e programeve të drekës dhe të mëngjesit. Ne MUND ta ndajmë informacionin tuaj të kualifikimit me programe edukative, shëndetsore dhe ushqimi për t'i ndihmuar ata që të vlerësojnë, financojnë ose përcaktojnë përfitimet për programet e tyre, kontrollorët për shqyrtimin e programit dhe me zyrtarë të zbatimit të ligjit që t'i ndihmojmë ata të gjejnë shkelje të rregullave të programit.

**Deklarata e Mosdiskriminimit:** Kjo shpjegon se çfarë të bëni nëse besoni se u trajtuat në mënyrë të padrejtë.

SH.B.A. Departamenti i Agrikulturës (U.S. Department of Agriculture (USDA)) e ndalon diskriminimin në të gjitha programet dhe aktivitetet e tij në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, moshës, paaftësisë dhe, kur gjen zbatim, gjinisë, gjendjes martesore, gjendjes familjare, gjendjes prindërore, besimit fetar, orientimit seksual, informacionit gjenetik, besimeve politike, hakmarrjes ose sepse e gjithë e ardhura e individit ose pjesë të saj përfitohe nga ndonjë program i ndihmës publike. (Jo të gjitha bazat e ndalimit gjejnë zbatim në të gjitha programet). Personat me paaftësi të cilët kërkojnë mënyra alternative për komunikimin e informacionit të programit (alfabet për të verbërit, printime të mëdha, kaseta etj.) duhet të kontaktojnë Qendrën TARGET të USDA në (202) 720-2600 (Zë dhe TDD). Që të bëni një ankesë diskriminimi shkruajini USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 ose merrni në telefon 1-800-795-3272 (zë) ose (202) 720-6382 (TDD). USDA është një dhënë dhe punësues i mundësisë së barabartë.

### PËR PËRDORIM VETËM NGA SHKOLLA - MOS SHKRUANI POSHTË KËSAJ VIZE

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Household Income \$ \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Total Household Size: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_\_\_

Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Eligibility:  Free  Reduced  Denied  Reason: \_\_\_\_\_

Temporary:  Free  Reduced  Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_\_\_ days)

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Follow-up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_