

Odgovorite na
engleskom jeziku

Bosnian

Application for Free and
Reduced Price Meals

Shoreline School District 412

Školska godina 2009-2010

ZAHTJEV ZA BESPLATNE OBROKE ILI OBROKE PO UMANJENOJ CIJENI

Da biste podnijeli zahtjev za besplatne obroke ili obroke po umanjenoj cijeni, morate ispuniti ovaj formular, potpisati se te poslati ovaj zahtjev nazad u školu. Ukoliko Vam je potrebna pomoć, molimo Vas da nazovete školu Vašeg djeteta i upitate za pomoć za podnošenje zahtjeva za besplatne obroke ili obroke po umanjenoj cijeni (206) 361-4209.

DIO 1 DJECA U ŠKOLI (Koristite poseban formular za svako privremeno usvojeno dijete)			
Imena sve djece u školi (ime, srednji inicijal, prezime)	Ime škole	Razred	SNAP* ili TANF slučaj # (ukoliko postoji). Preskočite sve do dijela 5, ako navedete broj slučaja SNAP* ili TANF

DIO 2 Ukoliko je dijete za kojeg ulažete zahtjev beskućnik, migrant ili pobjeglo od svoje kuće, označite odgovarajuću kućicu i pozovite _____ (your school, homeless liaison, migrant coordinator) na _____		
<input type="checkbox"/> Beskućnik	<input type="checkbox"/> Migrant	<input type="checkbox"/> BjeGUNAC

DIO 3 PRIVREMENO USVOJENO DIJETE	
Ako je ovaj zahtjev za dijete za koje je zakonski odgovorna socijalna agencija ili sud, označite ovu kućicu <input type="checkbox"/> te onda navedite djetetov mjesečni iznos novca za osobnu upotrebu: \$ _____. Preskočite sve do dijela 5.	

DIO 4 UKUPAN BRUTO PRIHOD DOMAČINSTVA – Vi morate reći koliko novaca primete i koliko često					
1. Imena članova domaćinstva (navedite sve članove)	2. Bruto prihodi i koliko često ih primate. Na primjer: \$100/mjesečno \$100/dvaput mjesečno \$100/svake druge sedmice \$100/sedmično				3. Označite ukoliko NEMATE prihoda
	Zarada na poslu prije odbitaka	Socijalna pomoć, uzdržavanje za dijete, alimentacija	Penzije, mirovine, socijalna primanja	Svi ostali prihodi	
Na primjer: Jane Smith	\$200/sedmično	\$150/sedmično	\$100/mjesečno	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

DIO 5 POTPIS I BROJ SOCIJALNE KARTICE (SSN) (Odrasla osoba mora potpisati)		
Odrasla osoba iz domaćinstva mora potpisati zahtjev. Ako je Dio 4 ispunjen, odrasla osoba koja potpisuje ovu formu mora takođe navesti njegov ili njezin broj socijalne kartice (SSN) ili označiti kućicu "Ja nemam socijalni broj (SSN)". (Pogledajte član Zakona o privatnosti na poleđini ove strane.)		
Ja potvrđujem (obećavam) da su sve informacije istinite i da su svi prihodi prijavljeni. Ja razumijem da će škola dobiti federalne fondove na bazi informacija koje ja dajem. Razumijem da osoblje škole može provjeriti (kontrolisati) informacije. Razumijem da, ako namjerno dam lažne informacije, moja djeca mogu izgubiti beneficije za obroke, te mogu biti krivično gonjeni.		
IME ODRASLE OSOBE DOMAČINSTVA ŠTAMPANIM SLOVIMA	POŠTANSKA ADRESA	KUĆNI BROJ TELEFONA ()
BROJ SOCIJALNE KARTICE (SSN)	GRAD I POŠTANSKI BROJ	BROJ TELEFONA NA POSLU ()
<input type="checkbox"/> Ja nemam socijalni broj (SSN). Molimo potpišite se ovdje: X _____ Datum _____ Potpis odrasle osobe iz domaćinstva		

DIO 6 RASNI I ETNIČKI IDENTIFIKATORI DJECE (dobrovoljno)		
Označi jedan ili više rasnih identifikatora:		Označi jedan etnički identifikator:
<input type="checkbox"/> Azijat	<input type="checkbox"/> Indijanac ili rođen na Aljasci	<input type="checkbox"/> "hispanik" ili latinskog porijekla
<input type="checkbox"/> bijelac	<input type="checkbox"/> rođeni Havajac ili sa drugog pacifičkog otočja	<input type="checkbox"/> nije "hispanik" niti latinskog porijekla
<input type="checkbox"/> crnac ili Afrički Amerikanac	<input type="checkbox"/> Drugo _____	

Shoreline School District 412

Vaše dijete se može kvalifikovati za besplatne obroke ili obroke po umanjenoj cijeni, ako prihodi Vašeg domaćinstva su u granicama utvrđenim ovom skalom.

Federalna skala prihoda			
Obroci po umanjenoj cijeni			
Na snazi od 1. jula, 2009 do 30. juna, 2010			
Domaćinstvo			
Broj članova	Godišnje	Mjesečno	Sedmično
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
Za svakog dodatnog člana dodajte:	+6,919	+577	+134

Federalna skala prihoda			
Besplatni obroci			
Na snazi od 1. jula, 2009 do 30. juna, 2010			
Domaćinstvo			
Broj članova	Godišnje	Mjesečno	Sedmično
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
Za svakog dodatnog člana dodajte:	+4,862	+406	+94

*SNAP: Program pomoći dopunskom ishranom (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)) (prethodno pod imenom Program pomoći za hranu (Food Stamp Program))

Član Zakona o privatnosti: Ovo objašnjava kako ćemo koristiti informacije koju nam date.

Richard B. Russell nacionalni zakon o školskim obrocima zahtijeva davanje informacija na ovom zahtjevu. Vi ove informacije ne morate dati, ali ako to ne uradite, mi ne možemo odobriti Vaš zahtjev za besplatnim obrocima ili obrocima po umanjenoj cijeni. Morate uključiti socijalni broj (SSN) odraslog člana domaćinstva koji potpisuje ovaj zahtjev. Broj socijalne kartice (SSN) nije potreban kada podnosite zahtjev za privremeno usvojeno dijete ili kada navedete broj slučaja za Pomoć za dopunsku ishranu (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), broj slučaja u programu Privremene pomoći za porodice u nevoljama (Temporary Assistance for Needy Families (TANF)) ili broj slučaja programa razdiobe hrane ili programa za indijanske rezervate (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)) ili druge FDPIR pokazatelje za Vaše dijete ili kada navedete da odrasli član domaćinstva koji podnosi ovaj zahtjev nema socijalnog broja (SSN). Mi ćemo se služiti Vašim informacijama da utvrdimo da li je Vaše dijete kvalifikovano za besplatne obroke ili za obroke po umanjenoj cijeni, te za upravljanje i sprovođenje programa besplatnog doručka i ručka. Mi MOŽEMO razmijenjivati informacije o Vašoj kvalifikovanosti sa obrazovnim i zdravstvenim programima, kao i programima zdrave prehrane da bismo im pomogli evaluisati, obezbijediti novčana sredstva ili utvrditi beneficije za njihove programe, napraviti revizije programa, te pomoći zakonskim službenicima u nadziranju kršenja pravila programa.

Izjava o ne-diskriminaciji: Ovo objašnjava šta uraditi ukoliko Vi mislite da ste bili nepravredno tretirani.

SAD. Ministarstvo poljoprivrede (U.S. Department of Agriculture (USDA)) zabranjuje diskriminaciju u svim svojim programima i aktivnostima na bazi rase, boje kože, porijekla, starosne dobi, invalidnosti, te gdje god se primjenjuje, na osnovi spola, bračnog statusa, porodičnog statusa, statusa roditelja, religije, seksualne orijentacije, genetske informacije, političkog uvjerenja, osvete, ili zato što čitav ili dio izvora prihoda pojedinca dolazi iz programa državne pomoći. (Sve zabranjene osnove se ne primjenjuju na sve programe.) Osoba sa invaliditetom koja zahtijeva alternativne načine komunikacije informacija o programu (Brailova abeceda, velika slova, audio-kaseta, itd) trebaju se obratiti USDA's TARGET Centru na broj (202) 720-2600 (govor) i telekomunikacija za gluhoonijeme (TDD)). Da biste uložili žalbu na diskriminaciju pišite na USDA, Direktor, Ured za građanska prava (Office of Civil Rights), 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 ili pozovite 1-800-795-3272 (govor) ili (202) 720-6382 (TDD). USDA je poslodavac i pružao usluga koji svima daje jednaku mogućnost.

ZA POTREBE ŠKOLE - NE PIŠITE ISPOD OVE LINIJE

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: _____