

Veuillez répondre  
en anglais

French

Application for Free and  
Reduced Price Meals

**Shoreline School District 412**  
**Année scolaire 2009-2010**  
**DEMANDE DE REPAS GRATUITS ET À PRIX RÉDUIT**

Pour demander des repas gratuits et à prix réduit pour vos enfants, remplissez ce formulaire, signez-le et renvoyez-le à l'école. Si vous avez besoin d'assistance, appelez l'école de votre enfant et demandez qu'on vous aide à remplir le formulaire de demande de repas gratuits et à prix réduit (206) 361-4209

PARTIE 1 ENFANTS DANS L'ÉCOLE (Utilisez un formulaire de demande séparé pour chaque enfant en famille d'accueil)			
Noms de tous les enfants dans l'école (prénom, initiale deuxième prénom, nom)	Nom de l'école	Classe	Numéro de cas SNAP* ou TANF (le cas échéant). Passez à la partie 5 si vous avez indiqué un numéro de cas SNAP* ou TANF

**PARTIE 2** Si l'enfant pour lequel vous faites la demande est sans domicile fixe, migrant ou fugueur, cochez la case appropriée et appelez le \_\_\_\_\_ (your school, homeless liaison, migrant coordinator)  
au \_\_\_\_\_  
 Sans domicile fixe       Migrant       Fugueur

**PARTIE 3 ENFANT EN FAMILLE D'ACCUEIL**  
Si cette demande concerne un enfant qui est sous la tutelle d'un bureau d'aide sociale ou d'un tribunal, cochez cette case  et indiquez le montant du revenu mensuel pour usage personnel de l'enfant : \$ \_\_\_\_\_. Passez à la partie 5.

PARTIE 4 REVENU BRUT TOTAL DU FOYER - Vous devez nous indiquer un montant et une fréquence					
1. Noms des personnes vivant sous le même toit (indiquez tous les membres du foyer)	2. Revenu brut et fréquence de réception <i>Exemple : 100 \$/mois 100 \$/deux fois par mois 100 \$/toutes les deux semaines 100 \$/semaine</i>				3. Cochez en l'ABSENCE de revenu
	Revenus issus d'un emploi avant déductions	Aide sociale, pension alimentaire (enfants, ex-épouse)	Rente, retraite, prestations sociales	Tous les autres revenus	
Exemple : Jane Smith	\$200/semaine	\$150/semaine	\$100/mois	\$ _____ / _____	<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"/>

**PARTIE 5 SIGNATURE ET NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (signature d'un adulte obligatoire)**

Un membre adulte du foyer doit signer la demande. Si la partie 4 est remplie, l'adulte qui signe le formulaire doit également indiquer son numéro de sécurité sociale ou cocher la case « Je n'ai pas de numéro de sécurité sociale ». (Voir la déclaration de la loi sur la protection des renseignements personnels au verso de cette page.)

Je, soussigné(e), certifie (jure) que toutes les informations figurant dans cette demande sont véridiques et que tous les revenus ont été communiqués. Je prends acte que l'école obtiendra des fonds fédéraux en fonction des informations fournies. Je prends acte que les responsables de l'école pourront vérifier (contrôler) ces informations. Je prends acte que si j'ai délibérément fourni de fausses informations, mes enfants risquent de perdre tous les avantages liés aux repas et que je risque d'être poursuivi en justice.

NOM EN LETTRES D'IMPRIMERIE DU MEMBRE ADULTE DU FOYER	ADRESSE POSTALE	TÉLÉPHONE (DOMICILE) (      )
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	VILLE ET CODE POSTAL	TÉLÉPHONE (BUREAU) (      )

Je n'ai pas de numéro de sécurité sociale.  
Signez ici : X \_\_\_\_\_  
Signature du membre adulte du foyer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PARTIE 6 IDENTITÉS ETHNIQUES ET RACIALES DES ENFANTS (facultatif)**

Indiquez une ou plusieurs identités raciales :

Asiatique       Amérindien ou indigène de l'Alaska       Hispanique ou latino  
 Blanc       Indigène de Hawaï ou autre origine insulaire du Pacifique       Non hispanique ou latino  
 Noir ou afro-américain       Autre \_\_\_\_\_

Indiquez une identité ethnique :

## Shoreline School District 412

Vos enfants pourront avoir droit à des repas gratuits ou à prix réduit si le revenu de votre foyer se situe dans les limites indiquées sur ce barème.

Barème fédéral des revenus Repas à prix réduit En vigueur du 1 <sup>er</sup> juillet 2009 au 30 juin 2010			
Taille du foyer	Annuel	Mensuel	Hebdomadaire
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
Pour chaque membre supplémentaire, ajoutez :	+6,919	+577	+134

Barème fédéral des revenus Repas gratuits En vigueur du 1 <sup>er</sup> juillet 2009 au 30 juin 2010			
Taille du foyer	Annuel	Mensuel	Hebdomadaire
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
Pour chaque membre supplémentaire, ajoutez :	+4,862	+406	+94

\*SNAP : Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)) (anciennement appelé " Programme de coupons alimentaires " (Food Stamp Program))

**Déclaration de la loi sur la protection des renseignements personnels : explique comment nous utiliserons les informations que vous nous fournirez.**  
La loi Richard B. Russell National School Lunch Act exige la communication des informations figurant sur cette demande. Vous n'êtes pas obligé de fournir ces informations, mais si vous ne les fournissez pas, nous ne pourrions pas autoriser votre enfant à bénéficier de repas gratuits ou à prix réduit. Vous devez inclure le numéro de sécurité sociale du membre adulte du foyer qui signe la demande. Le numéro de sécurité sociale n'est pas obligatoire lorsque vous faites la demande pour le compte d'un enfant en famille d'accueil ni lorsque vous indiquez un numéro de cas de Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), de Programme d'assistance temporaire pour familles dans le besoin (Temporary Assistance for Needy Families (TANF)) ou de Programme de distribution d'aliments en réserves indiennes (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)) ou un autre moyen d'identification FDPIR pour votre enfant, ni lorsque vous indiquez que le membre adulte du foyer qui signe la demande n'a pas de numéro de sécurité sociale. Nous utiliserons vos informations pour déterminer si votre enfant est admissible au programme de repas gratuits ou à prix réduit et pour l'administration et l'application des programmes de petit déjeuner et de déjeuner. Il est POSSIBLE que nous communiquions vos informations d'admissibilité aux programmes d'éducation, de santé et de nutrition pour les aider à évaluer, financer ou déterminer les avantages pour leurs programmes, les contrôleurs pour revue de programme et les responsables de la police pour qu'ils étudient des violations des règles du programme.

**Déclaration de non-discrimination : explique la marche à suivre si vous pensez avoir été traité injustement.**  
Le Ministère de l'Agriculture des États-Unis (The U.S. Department of Agriculture (USDA)) interdit la discrimination dans tous ses programmes et ses activités sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de l'âge, d'une invalidité et, s'il y a lieu, du sexe, de l'état civil, du statut familial, du statut parental, de la religion, de l'orientation sexuelle, des informations génétiques, des croyances politiques, de représailles ou parce que tout ou partie du revenu d'une personne provient d'un programme d'assistance publique. (Les bases interdites ne s'appliquent pas toutes à tous les programmes.) Les personnes présentant une invalidité qui nécessite un autre moyen de communication des informations sur le programme (braille, impression en gros caractères, cassette audio, etc.) devront contacter le TARGET Center de l'USDA au (202) 720-2600 (Voix et ATS). Pour déposer une plainte de discrimination, écrivez à USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington DC 20250-9410 ou appelez le 1-800-795-3272 (voix) ou le (202) 720-6382 (ATS). L'USDA est un fournisseur et employeur souscrivant au principe d'égalité d'accès à l'emploi.

### RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ÉCOLE – NE PAS ÉCRIRE SOUS CETTE LIGNE

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: \_\_\_\_\_