

Favor responder
em inglês

Portuguese

Application for Free and
Reduced Price Meals

Shoreline School District 412

Ano letivo 2009-2010

REQUISIÇÃO FAMILIAR DE REFEIÇÕES GRATUITAS E A CUSTO REDUZIDO

Para solicitar refeições gratuitas e a custo reduzido para seus filhos, preencha este formulário de requisição, assinie o seu nome e devolva o formulário para a escola. Para obter orientação, telefone para a escola do seu filho e peça ajuda para preencher o formulário de requisição de refeições grátis e a custo reduzido (206) 361-4209.

PARTE 1 FILHOS NA ESCOLA (Use um formulário separado para cada filho de criação (foster child))			
Nome de todos os filhos na escola (nome, inicial do segundo nome, sobrenome)	Nome da escola	Série	Número de referência SNAP* ou TANF (se houver): Passe para a parte 5 se tiver um n° de referência do SNAP* ou TANF.

PARTE 2 Se a criança que você está inscrevendo for sem-teto, migrante ou fugida de casa, assinale o quadrado correspondente e telefone para _____ (your school, homeless liaison, migrant coordinator) coordenador de migrantes) pelo n° de telefone _____.

Sem-teto Migrante Fugido de casa

PARTE 3 FILHO DE CRIAÇÃO (FOSTER CHILD)
Se este formulário de requisição for preenchido para uma criança sob a tutela de um tribunal ou agência de assistência social, marque esta caixa e escreva a quantia da renda mensal de uso pessoal da criança: \$ _____. Passe para a Parte 5.

PARTE 4 RENDA BRUTA TOTAL DO DOMICÍLIO - Você deve nos dizer quanto e com que frequência

1. Nomes das pessoas que vivem no domicílio (Relacione todas as pessoas do domicílio)	2. Renda bruta e frequência com que é recebida Exemplo: \$100/mês \$100/semana \$100/quinzena \$100/a cada 2 semanas				3. Assinale se não tiver NENHUMA renda
	Rendimentos do trabalho antes dos descontos	Previdência social (welfare), pensão alimentícia a filhos e a ex-cônjuge (child support e alimony)	Pensões, aposentadoria, seguridade social	Todas as outras rendas	
Exemplo: Jane Smith	\$200/semanalmente	\$150/semanalmente	\$100/mensalmente	\$ ____/____	<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"/>

PARTE 5 ASSINATURA E NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (Um adulto deve assinar)

Um membro adulto do domicílio deve assinar o formulário. Se a Parte 4 for preenchida, o adulto que assina o formulário deverá também fornecer o seu número de Seguridade Social ou selecionar a caixa "Não tenho número de Seguridade Social" (Consulte a Declaração da Lei de Privacidade no verso desta página.)

Eu atesto (declaro) que todas as informações desta requisição são verdadeiras e que toda a renda encontra-se declarada. Compreendo que a escola obterá fundos do governo federal com base nas informações que eu der. Compreendo que as autoridades escolares podem verificar (inspecionar) as informações. Compreendo que, se eu der informações falsas de propósito, meus filhos poderão perder os benefícios alimentares e eu poderei ser processado.

NOME DO MEMBRO ADULTO DO DOMICÍLIO EM LETRA DE FORMA	ENDEREÇO POSTAL	TELEFONE RESIDENCIAL ()
NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL	CIDADE E CÓDIGO POSTAL	TELEFONE COMERCIAL ()

Não tenho um número de Seguridade Social.

Assine aqui: X _____ Assinatura do membro adulto do domicílio _____ Data

PARTE 6 CARACTERÍSTICAS RACIAIS OU ÉTNICAS DAS CRIANÇAS (opcional)

Selecione uma ou mais características raciais:

Asiático Índio americano ou nativo do Alasca
 Branco Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico
 Negro ou afro-americano Outra _____

Selecione uma identidade étnica:

Hispânico ou latino
 Não-hispânico ou não-latino

Shoreline School District 412

Seus filhos podem estar qualificados para obter refeições gratuitas ou a custo reduzido se a renda domiciliar estiver dentro dos limites desta tabela.

Tabela Federal de Renda			
Refeições a custo			
Em vigor de			
1° de julho de 2009 a 30 de junho de 2010			
Domicílio			
Tamanho	Anual	Mensal	Semanal
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
Para cada membro adicional acrescente:	+6,919	+577	+134

Tabela Federal de Renda			
Refeições gratuitas			
Em vigor de			
1° de julho de 2009 a 30 de junho de 2010			
Domicílio			
Tamanho	Anual	Mensal	Semanal
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
Para cada membro adicional acrescente:	+4,862	+406	+94

*SNAP: Programa Complementar de Assistência à Alimentação (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)) (antigo Programa Food Stamp)

Declaração da Lei de Privacidade: Explicação de como usaremos as informações que nos fornecer.

A Lei Nacional do Almoço Escolar Richard B. Russel exige as informações presentes neste formulário. O fornecimento das informações não é obrigatório, mas se não as fornecer, não poderemos aprovar a requisição de refeições gratuitas ou a custo reduzido para seu filho. É preciso incluir o número de seguridade social do membro adulto do domicílio que assina a requisição. O número de seguridade social não é exigido quando se faz a requisição em nome de um filho de criação (foster child) ou quando se fornece o nº de referência de um Programa Complementar de Assistência à Alimentação (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), Programa de Auxílio Temporário a Famílias Carentes (Temporary Assistance for Needy Families (TANF)) ou Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)) ou outra identificação do FDPIR da criança, ou quando se indica que o membro adulto do domicílio que assina a requisição não tem um número de seguridade social. Usaremos as informações para determinar se a criança tem qualificação para receber refeições gratuitas ou a custo reduzido e para administrar e fiscalizar os programas de café da manhã e almoço. PODEMOS dividir as informações de qualificação com programas de educação, de saúde e de nutrição para ajudá-los a avaliar, financiar e determinar os benefícios concedidos por seus programas, com auditores dos programas e com autoridades de fiscalização para ajudá-las a investigar violações às normas dos programas.

Declaração de não-discriminação: Explicação do que fazer caso ache que tenha sido tratado injustamente.

O Departamento de Agricultura dos EUA (U.S. Department of Agriculture (USDA)) proíbe a discriminação em todos os seus programas e atividades com base em raça, cor, nacionalidade, idade, incapacidade física ou mental e, onde for aplicável, sexo, estado civil, condição familiar, condição de pai/mãe/responsável, religião, preferência sexual, informação genética, crenças políticas, represália ou porque toda ou parte da renda do indivíduo seja proveniente de algum programa de assistência pública. (Nem todas as bases proibidas se aplicam a todos os programas). Portadores de deficiência que precisarem de formas alternativas para receber informações do programa (braille, impressões em letras grandes, fitas de áudio, etc.) devem entrar em contato com o TARGET Center do USDA pelo telefone (202) 720-2600 (voz e TDD). Para registrar uma queixa de discriminação, escreva para USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 ou telefone para 1-800-795-3272 (voz) ou (202) 720-6382 (TDD). O USDA é um fornecedor de serviços e empregador que oferece oportunidades iguais a todos.

APENAS PARA USO ESCOLAR – NÃO ESCREVA ABAIXO DESTA LINHA

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: _____