

Shoreline School District 412

2009-2010 учебный год

ЗАЯВЛЕНИЕ СЕМЬИ НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОГО ПИТАНИЯ И ПИТАНИЯ ПО СНИЖЕННОЙ ЦЕНЕ

Чтобы подать заявление на получение бесплатного питания и питания по сниженной цене, заполните это заявление, распишите и верните заявление в школу. Если вам необходима помощь, пожалуйста, обратитесь в школу, где учится ваш ребенок, и попросите помочь с заявлением на получение бесплатного питания или питания по сниженной цене (206) 361-4209

ЧАСТЬ 1 ДЕТИ, ПОСЕЩАЮЩИЕ ШКОЛУ (Используйте отдельное заявление для каждого приемного ребенка)			
Имена всех детей, посещающих школу (Имя, инициал второго имени, фамилия)	Название школы	Класс	Номер дела участника Программы продовольственных талонов SNAP* или Программы временной помощи нуждающимся семьям TANF (если есть). Перейти к части 5, если вы указали номер дела участников Программы SNAP* или Программы TANF

ЧАСТЬ 2 Если ребенок, для которого вы пишете заявление, является бездомным, мигрантом или убежал из дома, сделайте отметку в соответствующей графе и позвоните _____ (your school, homeless liaison, migrant coordinator) по указанному номеру телефона _____

Бездомный Мигрант Убежал из дома

ЧАСТЬ 3 ПРИЕМНЫЙ РЕБЕНОК
Если это заявление подается в отношении ребенка, юридическую ответственность за которого несет агентство по социальному обеспечению или суд, поставьте отметку в этом квадратике и укажите сумму ежемесячного личного дохода ребенка: \$ _____. Перейдите к части 5.

ЧАСТЬ 4 СУММА ОБЩЕГО ДОХОДА СЕМЬИ - Вы должны сообщить нам, какова сумма и как часто

1. Имена членов семьи (Перечислите всех членов семьи)	2. Общий доход и с какой периодичностью его получала семья <i>Пример: \$100/ежемесячно \$100/дважды в месяц \$100/раз в две недели \$100/еженедельно</i>				3. Поставьте отметку при ОТСУТСТВИИ дохода
	Заработки по месту работы без учета	Материальная помощь органов	Пособия, пенсии, социальное	Все другие виды доходов	
Пример: Jane Smith	\$200/еженедельно	\$150/еженедельно	\$100/ежемесячно	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

ЧАСТЬ 5 ПОДПИСЬ И НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (Должен поставить подпись взрослый)

Заявление должен подписать взрослый член семьи. Если часть 4 заполнена, взрослый, подписывающий форму, должен также указать свой номер социального обеспечения или поставить отметку в квадратике «У меня нет номера социального обеспечения». (См. положение «Закона о неприкосновенности частной жизни» на обороте этой страницы.)

Я подтверждаю (обещаю), что вся информация в этом заявлении является правдой и что указаны все виды доходов. Я понимаю, что школа получит государственное финансирование на основании информации, которую я предоставляю. Я понимаю, что администрация школы может удостовериться в правдивости (проверить) этой информации. Я понимаю, что если я намеренно предоставлю недостоверную информацию, мои дети могут потерять льготы по питанию, а я могу подвергнуться судебному преследованию.

ВПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ИМЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЧЛЕНА СЕМЬИ	ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ГОРОД И ИНДЕКС	РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ()

У меня нет номера социального обеспечения.

Поставьте, пожалуйста, подпись здесь: X _____ Дата _____

Подпись совершеннолетнего члена семьи

ЧАСТЬ 6 РАСОВАЯ И ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ДЕТЕЙ (заполняется по желанию)

Отметьте одну или более этнических принадлежностей:

Азиат Американский индеец или уроженец Аляски
 Белый Уроженец Гавайских или других островов Тихого океана
 Чернокожий или афро-американец Другое _____

Отметьте одну этническую принадлежность:

Латиноамериканец
 Не латиноамериканец

Shoreline School District 412

Ваши дети могут соответствовать критериям для получения бесплатного питания или питания по сниженным ценам, если доход вашей семьи не превышает уровней, установленных в этой таблице.

Федеральная таблица доходов Питание по сниженной цене Действует с 01 июля 2009 г. по 30 июня 2010 г.			
Размер семьи	Годовой	Месячный	Недельный
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
На каждого дополнительного члена семьи добавить:	+6,919	+577	+134

Федеральная таблица доходов Бесплатное питание Действует с 01 июля 2009 г. по 30 июня 2010 г.			
Размер семьи	Годовой	Месячный	Недельный
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
На каждого дополнительного члена семьи добавить:	+4,862	+406	+94

*SNAP: Программа продовольственных талонов (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)) (ранее Food Stamp Program)

Положение Закона о неприкосновенности частной жизни. В нем разъясняется, как мы будем использовать предоставляемую вами информацию.
Предложенный сенатором Ричардом Б. Расселом «Национальный закон о школьных обедах» (Richard B. Russell National School Lunch Act) требует указания этой информации в вашем заявлении. Вы не обязаны предоставлять эту информацию, но если вы ее не предоставите, мы не сможем утвердить бесплатное питание или питание по сниженной цене для вашего ребенка. Вы должны указать номер социального страхования взрослого члена семьи, подписывающего это заявление. Номер социального страхования не требуется, если вы подаете заявление от имени приемного ребенка или указываете номер дела в Программе SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), Программе TANF (Temporary Assistance for Needy Families (TANF)), Программе распределения питания в индейских резервациях (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)), указываете другой идентификатор программы FDPIR для вашего ребенка или указываете, что взрослый член семьи, подписывающий заявление, не имеет номера социального страхования. Мы используем вашу информацию, чтобы установить, имеет ли ваш ребенок право на получение бесплатного питания или питания по сниженной цене, а также для управления и реализации программ школьных завтраков и обедов. Мы МОЖЕМ предоставить вашу информацию о правах на участие другим программам в области образования, здравоохранения или питания, чтобы помочь им в оценке, финансировании или определении льгот в рамках своих программ, аудиторам для проверки программ и правоохранительным органам для расследования нарушений правил программ.

Положение о недопустимости дискриминации: в данном положении разъясняется, что делать, если вы считаете, что с вами обращаются несправедливо.
Министерство сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture (USDA)) запрещает дискриминацию во всех своих программах и мероприятиях на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста, инвалидности и, если применимо, пола, состояния в браке, семейного положения, наличия или отсутствия детей, религиозных убеждений, сексуальной ориентации, генетической информации, политических убеждений, репрессалий, либо потому что весь или часть дохода лицо получает по какой-либо программе социального обеспечения. (Запрещенные основания применимы не ко всем программам.) Лица с инвалидностью, которым для получения информации о программе требуются альтернативные средства общения (шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиопленки и т. д.), должны обратиться в центр TARGET Министерства сельского хозяйства по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и линия TDD). Чтобы подать жалобу в связи с дискриминацией, напишите по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 или позвоните по телефону 1-800-795-3272 (голосовая связь) или (202) 720-6382 (линия TDD). USDA придерживается принципа равноправия при предоставлении услуг и найме на работу.

ТОЛЬКО ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ ШКОЛЫ – НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ

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: _____