

Shoreline School District 412

ปีการศึกษา 2009-2010

คำร้องขอรับมื่ออาหารฟรีหรือในราคาที่ลดให้ สำหรับครอบครัว

ในการขอรับมื่ออาหารฟรีหรือในราคาที่ลดให้ นั้น กรุณากรอกแบบคำร้องนี้ เช่น ชื่อท่านและส่งคำร้องกลับไปที่โรงเรียน หากท่านต้องการความช่วยเหลือ เชิญโทรศัพท์ไปที่โรงเรียนของบุตร/เด็ก ของท่าน และขอให้ช่วยในเรื่องคำร้องขอรับมื่ออาหารฟรีหรือในราคาที่ลดให้ (206) 361-4209

ส่วนที่ 1 เด็กในโรงเรียน (สำหรับเด็กที่รับมาเลี้ยง ใช้คำร้องแยกต่างหาก คนละใบ)			
ชื่อเด็กในโรงเรียนทุกคน (ชื่อ อักษรย่อชื่อกลาง นามสกุล)	ชื่อโรงเรียน	ชั้น	หมายเลขโครงการช่วยเหลือด้านโภชนาการเสริมSNAP* หรือโครงการช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อย TANF (หากมี) ข้ามไปที่ส่วนที่ 5 หากคุณกรอกหมายเลขโครงการช่วยเหลือด้านโภชนาการเสริม SNAP*หรือ โครงการช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อย TANF

ส่วนที่ 2 หากเด็กที่ท่านสมัครให้เป็นเด็กจรจัด อพยพ หรือหนีออกจากบ้าน ให้ทำเครื่องหมายในกล่องที่เหมาะสมแล้วติดต่อบุคคล (your school, homeless liaison, migrant coordinator) ที่ _____

ไร้บ้าน ย้ายถิ่นฐาน หนีจากบ้าน

ส่วนที่ 3 เด็กที่รับมาเลี้ยง

ถ้าคำร้องนี้สำหรับเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบตามกฎหมายของหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ หรือของศาล กรุณาทำเครื่องหมายในช่องนี้ จากนั้นลงรายการจำนวนรายได้ที่ใช้เป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัวของเด็กต่อเดือนเป็นเงิน: \$ _____ ข้ามไปที่ส่วนที่ 5

ส่วนที่ 4 เงินรายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน - ท่านต้องบอกเราว่าจำนวนเท่าไร และได้รับบอเพียงไร

1. ชื่อ สมาชิก ในครัวเรือน (ใส่ชื่อ ของทุกคน ในครัวเรือน)	2. เงินรายได้ก่อนหักค่าใช้จ่าย และได้รับบอเพียงไร				3. ทำ เครื่องหมาย ถ้าไม่มี รายได้
	ตัวอย่างเช่น \$100/ทุกเดือน	\$100/สองครั้ง ต่อ เดือน	\$100/ทุกๆ สองสัปดาห์	\$100/ทุกสัปดาห์	
	รายได้จากงาน ก่อนที่จจะลดลง	สงเคราะห์, ค่าเลี้ยงดูบุตร, ค่าเลี้ยงชีพ	บ้านเช่า เกษียณ ประกัน	รายได้อื่น ทั้งหมด	
ตัวอย่าง Jane Smith	\$200/ทุกสัปดาห์	\$150/ทุกสัปดาห์	\$100/ทุกเดือน	\$ _____ / _____	<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"/>

ส่วนที่ 5 ลายมือชื่อ และหมายเลขประกันสังคม (ผู้ใหญ่ต้องเซ็นชื่อ)

สมาชิกผู้ใหญ่ในครัวเรือนต้องเซ็นชื่อในคำร้อง ถ้ากรอกข้อความใน ส่วนที่ 4 ผู้ใหญ่ที่เซ็นชื่อแบบฟอร์มจะต้องใส่หมายเลขประกันสังคมของตนเองด้วย หรือทำเครื่องหมายที่ช่อง "ข้าพเจ้าไม่มีหมายเลขประกันสังคม" (ดู แถลงการณ์เรื่องกฎหมายว่าด้วยความเป็นส่วนตัว ที่ด้านหลังหน้านี้)

ข้าพ ขอรบรอง (สัญญา) ว่าข้อมูลในคำร้องนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการและได้แจ้งเงินได้ทั้งหมดไว้แล้ว ข้าพ ทราบดีว่าทางโรงเรียนจะได้รับเงินจากสหพันธรัฐบนพื้นฐานข้อมูลที่ข้าพ ให้นี้

ข้าพ ทราบดีว่าเจ้าหน้าที่โรงเรียนจะตรวจสอบ (เช็ค) ข้อมูลนี้ ข้าพ ทราบดีว่าถ้าข้าพ เจตนาให้ข้อมูลเท็จ บุตร/เด็ก ของข้าพ จะสูญเสียเงินช่วยเหลือค่าอาหาร และข้าพ อาจถูกดำเนินคดีทางอาญาได้

เขียนชื่อของสมาชิกผู้ใหญ่ ในครัวเรือนด้วยตัวพิมพ์	ที่อยู่ทางไปรษณีย์	หมายเลขโทรศัพท์บ้าน ()
หมายเลขประกันสังคม	เมือง และ รหัสไปรษณีย์	หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน ()

ข้าพเจ้าไม่มีหมายเลขประกันสังคม

กรุณาเซ็นชื่อที่นี้: X _____ ลายเซ็นของ สมาชิกผู้ใหญ่ในครัวเรือน _____ วันที่ _____

ส่วนที่ 6 เอกลักษณะด้านเชื้อชาติและชาติพันธุ์ของเด็ก (ไม่บังคับให้ตอบ)

ทำเครื่องหมายเอกลักษณะทางเชื้อชาติหนึ่งแห่งหรือมากกว่า:

เอเชีย อเมริกัน อินเดียนหรือชาวพื้นเมืองอะแลสกา
 ผิวดำ ชาวพื้นเมืองฮาวายหรือชาวหมู่เกาะแปซิฟิกอินท
 ผิวดำ หรือ แอฟริกันอเมริกัน อื่นๆ _____

ทำเครื่องหมายเอกลักษณะทางชาติพันธุ์เพียงแห่งเดียว:

ฮิสแปนิก หรือ ลาติโน
 ไม่ใช่ ฮิสแปนิก หรือ ลาติโน

Shoreline School District 412

บุตรหรือเด็กของท่านอาจมีคุณสมบัติที่จะได้รับมื้ออาหารฟรีหรืออาหารเช้าที่ลดให้ ถ้าในครัวเรือนของท่าน
รายได้อยู่ภายในขอบเขตตารางนี้

Thai

Application for Free and
Reduced Price Meals

ตารางแสดงรายได้ของสหพันธรัฐ อาหารราคาถูกลง			
มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่			
1 กรกฎาคม: 2009 จนถึง 30 มิถุนายน 2010			
ครัวเรือน			
ขนาด	ปีละ	เดือนละ	สัปดาห์ละ
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
สำหรับสมาชิก ที่เพิ่มขึ้น			
แต่ละคน	บวก: +6,919	+577	+134

ตารางแสดงรายได้ของสหพันธรัฐ อาหารฟรี			
มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่			
1 กรกฎาคม: 2009 จนถึง 30 มิถุนายน 2010			
ครัวเรือน			
ขนาด	ปีละ	เดือนละ	สัปดาห์ละ
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
สำหรับสมาชิก ที่เพิ่มขึ้น			
แต่ละคน	บวก: +4,862	+406	+94

*SNAP: โครงการช่วยเหลือด้านโภชนาการเสริม (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)) (ชื่อเดิมคือโครงการแสดงม้ออาหาร (Food Stamp Program))

แถลงการณ์เรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคล: แถลงการณ์นี้จะอธิบายถึงวิธีการที่เราจะใช้ข้อมูลที่ท่านให้แก่เรา พระราชบัญญัติว่าด้วยเรื่องอาหารกลางวันในโรงเรียนแห่งชาติของริชาร์ด บี. รัสเซลล์ กำหนดให้ต้องกรอกข้อมูลในใบสมัครนี้ ท่านไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูล แต่หากท่านไม่ให้ เราจะไม่สามารถอนุมัติอาหารฟรีหรืออาหารราคาถูกลงให้แก่เด็กของท่านได้ ท่านจะต้องใส่หมายเลขประกันสังคมของสมาชิกผู้ใหญ่ในครอบครัวที่เป็นผู้เซ็นชื่อในใบสมัคร ท่านไม่ต้องใส่หมายเลขประกันสังคมหากท่านสมัครในนามของบุตรบุญธรรม หรือท่านใส่หมายเลขโครงการช่วยเหลือด้านโภชนาการเสริม (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), โครงการช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อย (Temporary Assistance for Needy Families (TANF)) หรือโครงการแจกอาหารสำหรับเขตสงวนอินเดียนแดง (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)) หรือเลขประจำตัว FDPIR อื่นๆ ของบุตรของท่าน หรือเมื่อท่านระบุว่าสมาชิกผู้ใหญ่ในครอบครัวที่เซ็นชื่อในใบสมัครไม่มีหมายเลขประกันสังคม เราจะใช้ข้อมูลของท่านเพื่อพิจารณาว่าบุตรของท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับอาหารฟรีหรืออาหารราคาถูกลงหรือไม่ และสำหรับการบริหารจัดการและการบังคับใช้โครงการอาหารกลางวันและอาหารเช้า เราอาจจะแบ่งปันข้อมูลคุณสมบัติของท่านกับโครงการด้านการศึกษา สุขภาพ และโภชนาการ เพื่อช่วยพวกเขาในการประเมิน ใหญ่ท่น หรือพิจารณาสวัสดิการสำหรับโครงการของตน ผู้ตรวจสอบสำหรับการทบทวนโครงการ และเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายเพื่อช่วยพวกเขาในการตรวจสอบการฝ่าฝืนกฎระเบียบของโครงการ

แถลงการณ์เรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ: แถลงการณ์นี้จะอธิบายถึงสิ่งที่ควรทำหากท่านเชื่อว่าท่านได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม กระทรวงเกษตรแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Department of Agriculture (USDA)) ห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติในโครงการและกิจกรรมทั้งหมดของกระทรวงอันเนื่องมาจากเชื้อชาติ สีผิว ประเทศที่เกิด อายุ การไร้ความสามารถ และเพศ สถานะภาพสมรส สถานะภาพครอบครัว สถานะภาพการเป็นบิดาและมารดา ศาสนา วิถีหรือรสนิยมทางเพศ ข้อมูลทางพันธุกรรม ความเชื่อทางการเมือง การโต้ตอบด้วยกำลัง หรือเนื่องจากรายได้ทั้งหมดหรือบางส่วนของบุคคลนั้นได้มาจากโครงการช่วยเหลือสำหรับสาธารณะใดๆ หากสามารถนำมาบังคับใช้ได้ (บางโครงการจะไม่ใช่หลักการต่อห้ามบางข้อ) บุคคลใดความสามารถที่ต้องการทางเลือกในการสื่อสารข้อมูลของโครงการ (อักษรเบรลล์ สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ เทปเสียง ฯลฯ) ควรติดต่อกับศูนย์ TARGET Center ของ USDA ที่หมายเลข (202) 720-2600 (เสียงและโทรศัพท์สำหรับผู้พิการทางหู (TDD) หากท่านต้องการร้องทุกข์เรื่องการเลือกปฏิบัติ โปรดเขียนถึง USDA, ผู้อำนวยการ, สำนักงานคุ้มครองสิทธิประชาชน (Office of Civil Rights) เลขที่ 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 หรือโทรหมายเลข 1-800-795-3272 (เสียง) หรือ (202) 720-6382 (โทรศัพท์สำหรับผู้พิการทางหู (TDD)) USDA เป็นผู้ให้บริการและผู้วางให้ความเสมอภาคทางโอกาส

สำหรับโรงเรียนใช้เท่านั้น อย่าเขียนได้เส้นนี้

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: _____