

ЗАЯВЛЕНИЕ ДОМОХОЗЯЙСТВА О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ БЕСПЛАТНОГО И ЛЬГОТНОГО ПИТАНИЯ В 2023-24 Г.

ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ SUMNER-BONNEY LAKE

Подача заявления онлайн: sumnersd.org/familyaccess

Заполните, подпишите и отправьте это заявление по адресу: Child Nutrition, 19701 104th St. E. Bonney Lake, WA 98391

Поставьте отметку здесь, если в прошлом году вы получали льготное питание:

Бездомный

Мигрант

1. Перечислите **всех проживающих с вами учащихся**, которые посещают школу. Если учащийся является приёмным ребёнком, бездомным или мигрантом, укажите это, поставив "х" в соответствующем поле. Укажите все личные доходы учащегося и поставьте "х" в правильной графе, обозначающей частоту их получения.

Фамилия учащегося	Имя учащегося	Ср. инцидентал	Приёмный	Дата рождения	Школа	Класс	Доход учащегося	Частота получения			
								Еженедельно	Раз в две	2 раза в месяц	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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Если кто-либо из членов домохозяйства (включая вас) в настоящее время участвует в одной или нескольких из следующих программ помощи, укажите номер дела. Если нет, перейдите к пункту 3.

Basic Food

TANF

Food Distribution Program on Indian Reservations (FDIPR)

Дело номер: _____

3. Перечислите имена всех остальных членов домохозяйства - Укажите доход (в целых долларах) и ОТМЕТЬТЕ то, как часто он поступает. Если член домохозяйства не получает дохода, напишите 0. Если вы указываете 0 или оставляете разделы о доходах пустыми, вы подтверждаете отсутствие дохода для отчётности.

Имена всех остальных членов семьи (не указывайте учащихся, перечисленных выше)	Приёмный	Доход от работы (до вычетов)	Частота получения				Государственная помощь/ алименты/ алименты на детей	Частота получения				Пенсии/пенсионные пособия/социальное обеспечение (SSI)	Частота получения				Другие поступления Не указанные в списке	Частота получения			
			Еженедельно	Раз в две	2 раза в месяц	Ежемесячно		Еженедельно	Раз в две	2 раза в месяц	Ежемесячно		Еженедельно	Раз в две	2 раза в месяц	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"/>	<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"/>
	<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"/>	\$	<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"/>	\$	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Общее количество членов домохозяйства (укажите всех людей, проживающих в вашем домохозяйстве):

Последние четыре цифры номера социального страхования (SSN)

Поставьте галочку, если SSN отсутствует:

(общее количество должно быть равно количеству членов семьи, перечисленных выше) **Основной работник или другой член домохозяйства**

5. Контактная информация и подпись – Заполните, подпишите и отправьте это заявление по адресу: Child Nutrition, 19701 104^h St. E. Bonney Lake, WA 98391

Я подтверждаю (сообщаю), что вся информация в данном заявлении является достоверной и что все доходы указаны. Я понимаю, что эта информация предоставляется в связи с получением федеральных средств и что должностные лица школы могут верифицировать (проверить) эту информацию. Я знаю, что если я намеренно предоставляю ложную информацию, мои дети могут лишиться льготного питания, а меня могут привлечь к ответственности в соответствии с действующими законами штата и федеральными законами.

Имя взрослого члена семьи печатными буквами

Подпись взрослого члена семьи

Адрес электронной почты

Почтовый адрес

Город, штат и почтовый индекс

Дневной телефон

Дата

6. **Расовая и этническая принадлежность детей (по желанию) – мы обязаны запрашивать информацию о расовой и этнической принадлежности вашего ребёнка (детей). Эта информация важна и помогает нам обеспечивать обслуживание нашего сообщества в полном объёме. Ответы на вопросы этого раздела являются необязательными и не влияют на право вашего ребёнка (детей) на бесплатное и льготное питание.**

Отметьте одну или несколько расовых идентичностей:

Американский индеец или уроженец Аляски

Чернокожий или афроамериканец

Белый

Азиат

Уроженец Гавайских или других Тихоокеанских островов

Отметьте одну этническую принадлежность:

Испаноязычный или Латиноамериканец

Не испаноязычный или не латиноамериканец

Предоставления информации, содержащейся в этом заявлении, требует Закон Ричарда Б. Расселла о национальных школьных обедах (**Richard B. Russell National School Lunch Act**). Вы не обязаны предоставлять эту информацию, но если вы этого не сделаете, мы не сможем утвердить бесплатное или льготное питание для вашего ребёнка. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, который подписывает это заявление. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаёте заявление от имени приёмного ребенка или указываете номер дела программы дополнительной помощи в питании (Supplemental Nutrition Assistance Program, Basic Food), программы временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) или программы распределения продовольствия в индейских резервациях (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) или другой идентификатор FDIPIR для вашего ребёнка, а также если вы указываете, что взрослый член семьи, подписывающий заявление, не имеет номера социального страхования. Мы используем вашу информацию для того, чтобы определить, имеет ли ваш ребёнок право на бесплатное или льготное питание, а также для целей администрирования и обеспечения выполнения программ обедов и завтраков. Мы МОЖЕМ передавать информацию о вашем праве на участие сотрудникам программ образования, здравоохранения и питания, чтобы помочь им оценивать, финансировать или определять льготы для своих программ, аудиторам для проверки программ, а также представителям правоохранительных органов, чтобы помочь им расследовать нарушения правил программы.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и и политикой Министерства сельского хозяйства США (Department of Agriculture, USDA) в области гражданских прав, нашему учреждению запрещено допускать дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), инвалидности, возраста, а также в качестве репрессий или мести за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна не только на английском языке. Инвалиды, которым для получения информации о программе требуются альтернативные средства коммуникации (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в ответственное государственное или местное агентство, управляющее этой программой, в TARGET Center USDA по телефону (202) 720-2600 (голосовая речь и TTY), или связаться с USDA через Федеральную релейную службу по номеру (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заявитель должен заполнить форму AD-3027 "Форма жалобы на дискриминацию в программе USDA" (USDA Program Discrimination Complaint Form), которую можно найти онлайн по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, взять в любом отделении USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992 или написав письмо на имя USDA. Это письмо должно содержать имя, адрес, номер телефона заявителя и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной степенью детализации, чтобы проинформировать помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненный бланк AD-3027 или письмо должны быть представлены в USDA до:

почта:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; или

факс:

(833) 256-1665 или (202) 690-7442; или

электронная почта:

program.intake@usda.gov

Наше учреждение предоставляет равные возможности.

Школьный округ Sumner-Bonney Lake не допускает дискриминации в программах, услугах или мероприятиях по признаку пола, расы, вероисповедания, религии, цвета кожи, национального происхождения, возраста, статуса ветерана или военнослужащего, получившего почетное увольнение, сексуальной ориентации, включая гендерное выражение или идентичность, наличия каких-либо сенсорных, умственных или физических недостатков, а также использования инвалидом обученной собаки-поводыря или служебного животного. Округ обеспечивает равный доступ для членов организации Boys Scouts of America и других соответствующих молодежных групп. Кроме того, школьный округ Sumner-Bonney Lake будет принимать меры для того, чтобы лица, не владеющие английским языком, могли участвовать во всех образовательных программах, услугах и мероприятиях. Для получения информации об услугах письменного перевода или программах переходного двуязычного образования обращайтесь к директору отдела по работе с учащимися.

Для рассмотрения вопросов и жалоб о предполагаемой дискриминации назначены следующие сотрудники: специалист по вопросам нормативно-правового соответствия в рамках Раздела IX и статьи 28A.640 Свода законов штата Вашингтон с поправками (Revised Code of Washington, RCW) и координатор по вопросам Закона о правах американских граждан с ограниченными возможностями (Americans with Disabilities Act, ADA) (Title IX/RCW 28A.640 Compliance Officer and ADA Coordinator) Adrienne Chacón, директор по вопросам кадровых ресурсов (Director of Human Resources), adrienne_chacon@sumnersd.org; координатор по вопросам Раздела 504 (Section 504 Coordinator) Karen Finigan, исполнительный директор по вопросам специального обслуживания (Executive Director of Special Services), karen_finigan@sumnersd.org. Жалобы могут подаваться в письменном виде по адресу 1202 Wood Avenue, Sumner, WA 98390 или по телефону 253.891.6025