2023-2024 година Апликација за домаќинство за бесплатни и намалени цени за училишни оброци

Пополнете една апликација по домаќинство. Ве молиме користете пенкало (не молив).

Пропишано од Државниот одбор за сметководство Училиште

Аплицирај онлајн:
Врати се на:

Упатствата за секој чекор вклучувајќи примери за приходи може да се најдат на страницата Родителско писмо и инструкции.

ЧЕКОР 1 Наведете ги СИТЕ деца, доенчиња и ученици до и вклучително одделение 12. Прикачете друг лист хартија ако ви треба простор за повеќе имиња.

Наведете ги СИТЕ деца во домаќинството. Не заборавајте да ги наведете доенчињата, децата кои одат во други училишта, децата кои не се на училиште и децата кои не аплицираат за бенефиции. Ова ги вклучува децата кои не се поврзани со вас во вашето домаќинство.

Име на детето	ЈА С	Презиме на детето	Одделение	Проверете ги сите што важат. Фостер	Мигрант	Бега	Бездомник	Само за студенти: Име на училишна зграда	Датум на раѓање	Живеете со родител или роднина старател? Да	Не
				☐	☐	☐	☐			☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐

ЧЕКОР **Дали некој член на домаќинството (вклучувајќи и вие) учествува во: SNAP или TANF?**

БР ☐ Одете на ЧЕКОР 3.

ДА ☐ Напишете го бројот на случајот овде и продолжете до ЧЕКОР 4.

БРОЈ СЛУЧАЈ (НЕ БРОЈ ЕВТ):

Напишете само 10-цифрен број на случај на ова место.

ЧЕКОР 3 **Наведете ги СИТЕ членови на домаќинството и приходите за секој член (пред даноци и одбитоци)**

А. Сите возрасни членови на домаќинството (Секој што живее со вас и ги дели приходите и расходите, дури и ако не се поврзани, вклучувајќи ве и вас.)
Наведете ги сите возрасни членови на домаќинството кои не се наведени во ЧЕКОР 1 (вклучувајќи се и вие самите), дури и ако тие не добиваат приход. За секој наведен член на домаќинството, доколку прима приход, пријавете го вкупниот бруто приход (пред даноци и
одбитоци) за секој извор само во цели долари (без центи). Доколку не добиваат приход од кој било извор, напишете „0“. Ако внесете „0“ или оставите кои било полиња празно, потврдувате (ветувате) дека нема приход за пријавување.

Име на возрасни членови на домаќинството (прв и последен)	Заработка од работа	Како примено? Неделно	На секои 2 недели	2x месец	Месечно	Годишен	Јавна помош, поддршка за деца, алиментација	Како примено? Неделно	На секои 2 недели	2x месец	Месечно	Годишен	Пензии, отплата, социјално осигурување, SSI, VA бенефиции, сите други приходи	Како примено? Неделно	На секои 2 недели	2x месец	Месечно	Годишен
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐

Вкупен број на членови на домаќинството (деца и возрасни)		**Последните четири броеви на социјално осигурување Број на примарен примател на плата или друг возрасен член на домаќинството (ако е применливо)**					Проверете дали нема број за социјално осигурување: ☐

Б. Детски приход

Понекогаш децата во домаќинството заработуваат или добиваат приход. Вклучете го ВКУПНИОТ приход (пред даноци и одбитоци) што го добиваат СИТЕ деца наведени во ЧЕКОР 1 овде.

Детски приход	Како примено? Неделно	На секои 2 недели	2x месец	Месечно	Годишен
$	☐	☐	☐	☐	☐

ЧЕКОР 4 **Информации за контакт и потпис за возрасни. ВРАТИ ГО ПОПОЛНЕТЕН ФОРМУЛАР ВО УЧИЛИШТЕТО НА ВАШЕТО ДЕТЕ:**

„Потврдувам (ветувам) дека сите информации за оваа апликација се вистинити и дека сите приходи се пријавени. Разбирам дека оваа информација е дадена во врска со приемот на федералните средства и дека училишните службеници може да ги потврдат (потврдат) информациите. Свесен сум дека ако намерно дадам лажни информации, моите деца може да ги изгубат придобивките од оброците и може да бидам кривично гонет според важечките државни и федерални закони“.

Печати Име на возрасен кој го потпишува формуларот	Потпис на возрасен:	Денешната дата:

Поштенска адреса (ако е достапна)	Градот	држава	Поштенски	Телефон (незадолжително)	Е-пошта (незадолжително)

ЧЕКОР 5 **Други бенефициии - оваа секција не треба да се заврши за да се добијат поволности за оброци со бесплатни или намалени цени.**

Дали сакате да добиете помош за учебници?
□ ДА Ако да, потпишете се надесно
□ НЕ

Потврдувам дека сум родител/старател на детето/децата за кои се поднесува барање. Мојот потпис подолу го овластува објавувањето на информации за оваа апликација за помош за учебници. Се откажувам од моето право на доверливост само за оваа цел. Овие информации за апликацијата ќе бидат споделени со Администрацијата за семејни и социјални услуги на Индијана во согласност со I.C. 20-33-5-2 и И.Ц. 12-14-28-2, исклучиво за целите на усогласување со 45 C.F.R. Делови 260 и 265.

Потпис на пополнување на формуларот за возрасни Денешниот датум

Само за училишна употреба:
□ Одобрено
□ Одбиено
□ Не се применува

Овие информации за апликацијата може да се споделат со Администрацијата за семејни и социјални услуги со цел да се идентификуваат децата кои може да се квалификуваат за бесплатно или евтино здравствено осигурување според Medicaid или сакате да ги споделите информациите за апликацијата за оваа намена, ве молиме потпишете се подолу. Потврдувам дека сум родител/старател на детето/децата за кои се поднесува барање. Го овластувам објавувањето на информации за оваа намена.
За информации за здравственото осигурување Hoosier Healthwise, јавете се на 1-866-408-6131.

Потпис на пополнување на формуларот за возрасни Денешниот датум

Опционални **детски етнички и расни идентитети. Овие информации се чуваат во тајност и може да бидат заштитени со Законот за приватност од 1974 година.**

Од нас се бара да побараме информации за расата и етничката припадност на вашите деца. Оваа информација е важна и помага да се увериме дека целосно и служиме на нашата заедница. Одговарањето на овој дел е опционалнои не влијае на подобноста на вашите деца за бесплатни или поевтини оброци.

Етничка припадност (проверете еден): □ Хиспанец или Лано (Лице од Кубанец, Мексиканец, Порториканец, Јужна или Централна Америка, или друга шпанска култура или потекло, без разлика на расата) □ Не шпанско или лано

Трка (проверете една или повеќе): □ Индијанци од Америка или нашинците од Алјаска □ Азиски □ Црнци или Афроамериканци □ Народни хавајски или други жители на Пацифичкиот остров □ бел

Вратете го овој пополнет формулар во училиштето на вашето дете. *Не испраќајте пополнети апликации по пошта, факс или е-пошта до Канцеларијата на Министерството за земјоделство на САД на помошникот секретар за граѓански права.

НЕ ПОПОЛНУВАЈТЕ Само за училишна употреба.

Конверзија на годишен приход: Неделно x 52, на секои 2 недели x 26, двапати месечно x 24, месечно x 12. Не го годишно приходот за да ја одредите подобноста освен ако не е наведена повеќе од една фреквенција на приход.

Вкупен приход:	како се примени?					Големина на домаќинството:	категорична подобност	Определување на подобност		
	Неделно	на секои 2	2x месец	Месечно	годишна			Бесплатно	намалено	одбиено
	□	□	□	□	□			□	□	□

Одредување на датумот на потпис на службеникот

За употреба при верификација

Потврдување на датумот на потпис на службеникот

Потврдување на датумот на потпис на службеникот

Употреба на изјава за информации

Законот за ручек на национално училиште Ричард Б. Расел бара да ги користиме информациите од оваа апликација за да видиме кој се квалификува за бесплатни или поевтини оброци. Можеме да одобриме само комплетни формулари. Можеме да ги споделиме вашите информации за подобност со програмите за образование, здравје и исхрана за да им помогнеме да ги испорачаат придобивките од програмата за вашето домаќинство. Инспекторите и органите за спроведување на законот исто така може да ги користат вашите информации за да се уверат дека програмските правила се исполнети.
Не заборавајте да ги наведете последните четири броеви од бројот за социјално осигурување на возрасен член на домаќинството кој го потпишува барањето. Ако возрасното лице нема, „Проверете дали нема број за социјално осигурување“. Апликациите за згрижено дете не треба да наведат број за социјално осигурување. Апликациите за деца во домаќинствата кои примаат програма за дополнителна исхрана (SNAP) или привремена помош за сиромашни семејства (TANF) или програма за дистрибуција на храна на индиски резервации (FDPIR) не треба да наведат број за социјално осигурување.
Некои деца се квалификуваат за бесплатни оброци без барање. Ве молиме контактирајте со вашето училиште за да добиете бесплатни оброци за згрижено дете и за деца кои се бездомници, мигранти или избегани.

Пополнетиот формулар вратете го во училиштето на вашето дете.

Информациите за контакт подолу се само за поднесување жалба за дискриминација

Во согласност со федералниот закон за граѓански права и регулативите и политиките за граѓански права на Министерството за земјоделство на САД (USDA), на оваа институција и е забрането да се дискриминира врз основа на раса, боја на кожа, национално потекло, пол (вклучително и родовиот идентитет и сексуалната ориентација), попреченост, возраст или одмазда или одмазда за претходна активност за граѓански права. Информациите за програмата може да бидат достапни на други јазици освен англискиот. Лицата со попреченост на кои им требаат алтернативни средства за комуникација за да добијат информации за програмата (на пр. Брајово писмо, големи букви, аудио лента, американски знаковен јазик), треба да се обратат до одговорната држава или локална агенција што ја администрира програмата или USDA's TARGET центар на (202) 720-2600 (глас и TTY) или контактирајте со USDA преку Федералната служба за реле на (800) 877-8339.

За да поднесе жалба за програмска дискриминација, подносителот треба да пополни формулар AD-3027, Формулар за жалба за дискриминација на програмата USDA што може да се добие на интернет на: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, од која било канцеларија на USDA, со повик (866) 632-9992 или со пишување писмо упатено до USDA. Писмото мора да го содржи името на подносителот, адресата, телефонскиот број и писмен опис на наводната дискриминаторска акција со доволно детали за да се информира помошникот секретар за граѓански права (ASCR) за природата и датумот на наводните граѓански права. прекршување. Пополнетиот формулар или писмо AD-3027 мора да се достави до USDA од:

*** ПОШТА: Министерството за земјоделство на САД ФАКС: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или * Не испраќајте апликации по пошта на Канцеларија на помошник секретар за граѓански права EMAIL: Program.Intake@usda.gov оваа адреса, само поплаки 1400 Авенија на независноста, Ј3 на дискриминација.**
Вашингтон, ДЦ 20250-9410 Оваа институција е давател на еднакви можности.