ARABIC

وجبات الطعام المجانية و المخفضة الأسعار

لطلاب مدارس مدينة الإسكندرية العامة للعام الدراسي 2024-2025

Alexandria City Public Schools

يحتاج الأطفال إلى تناول وجبات صحية لكي يتعلموا. يسر قسم خدمات التغذية المدرسية تقديم وجبات فطور و/أو غداء مجانية للطلاب والمدارس المؤهلة، كجزء من القانون الوطني للتغذية المدرسية الممول فدرالياً وقانون تغذية الطفل، والذي تديره وزارة الزراعة في الولايات المتحدة ووزارة التعليم في ولاية فيرجينيا.

وجبات فطور وغداء مجانية

سيتم توفيرها الى **جميع** الطلاب الملتحقين بإحدى المدارس التي تتبع برنامج الأهلية المجتمعية (CEP). تم تحديد المدارس المدرجة أدناه كمدارس CEP للعام الدراسي 2024-2025:

• ACHS King Street campus	• Jefferson Houston PreK-8 IB
• ACHS Minnie Howard campus	• John Adams Elementary/Early Childhood Center
• Cora Kelly Math, Science & Technology	• Patrick Henry K-8
• Ferdinand T. Day Elementary	• Samuel W. Tucker Elementary
• Francis C. Hammond Middle	• William Ramsay Elementary
• James K. Polk Elementary	

لا تحتاج عوائل الطلاب الملتحقين بإحدى مدارس **CEP** إكمال طلب الحصول على الوجبات المجانية والمخفضة السعر **ما لم** يكن لديها أطفال آخرون ملتحقون في مدرسة أخرى من مدارس **ACPS** لاتتبع برنامج **CEP**.

طلب الحصول على وجبات الطعام المجانية و المخفضة الأسعار

يمكن ان يوفر الطلب الذي تتم المصادقة عليه مجموعة كاملة من المساعدات

يمكن التقديم عبر الانترنت من خلال الرابط www.schoolcafe.com/alexandriacps

قد يكون طلاب ACPS مؤهلين للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الاسعار في حال إستيفاء دخل الاسرة لمتطلبات الاهلية. ينبغي على أولياء الامور الذين يعتقدون أن أطفالهم قد يكونوا مؤهلين إكمال تعبئة طلب الحصول على وجبات الطعام المجانية و المخفضة الأسعار عبر الإنترنت أو من خلال الإستمارة الورقية لتحديد الأهلية.

*إذا كنت قد تلقيت إشعار بالأهلية المباشرة للعام الدراسي 2024-2025، عندها **لا** تقدم طلب.*

أسئلة؟ يرجى الاتصال بمكتب خدمات التغذية المدرسية في مدارس ACPS على رقم الهاتف 703-619-8048 أو على عنوان البريد الألكتروني food@acps.k12.va.us

ARABIC

رسالة الى العوائل بشأن تقديم طلب الحصول على الوجبات المجانية ومخفضة الاسعار للعام 2024-2025 | التعليمات

عزيزي ولي الأمر و/أو الوصي الشرعي:

يرجى إستخدام هذه التعليمات لتعبئة طلب الحصول على وجبات الطعام المدرسية المجانية أو مخفضة الاسعار. ينبغي تقديم طلب جديد في كل عام دراسي لتحديد الأهلية. ينبغي تقديم طلب **واحد** فقط لكل عائلة، *حتى في حال كان لديك عدة أطفال مسجلين في مدارس مدينة الإسكندرية العامة*. كل الخطوات المدرجة في التعليمات هي نفس الخطوات المتبعة في إستمارة تقديم الطلب. في حال لم تكن متأكداً في أي وقت من الخطوة التالية، عندها يرجى التواصل مع **Sonya Grant** على رقم الهاتف **703-619-8048**، او على البريد الالكتروني food@acps.k12.va.us. لا تتقدم بطلب في حال إستلامك لإشعار الاهلية المباشرة لأطفالك للعام الدراسي 2024-2025.

ينبغي أن تستوفي جميع الوجبات المقدمة للمعايير التي وضعتها وزارة الزراعة الأمريكية (USDA). إذا تم تحديد طفل من قبل طبيب على أنه معاق، وكانت الإعاقة تمنع الطفل من تناول الوجبة المدرسية الإعتيادية، عندها ستقوم المدرسة بإتباع البدائل التي يحددها الطبيب. إذا كانت هناك حاجة لتقديم البدائل، عندها سوف لن تكون هناك أية رسوم إضافية للوجبة. إذا كان طفلك بحاجة الى بدائل بسبب إعاقته، عندها يرجى التواصل مع مدير قسم خدمات التغذية المدرسية، **Dr. Erik K. Coleman**، على رقم الهاتف 703-619-8048 للحصول على المزيد من المعلومات. جميع الأطفال في العائلة ممن يتلقون مساعدات ضمن برنامج توفير المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) هم مؤهلون للحصول على وجبات مجانية. الأطفال تحت الرعاية والذي تتولى وكالة لرعاية الأطفال أو محكمة المسوؤلية القانونية عنهم هم مؤهلون للحصول على وجبات الطعام المجانية. قد يكون الطلاب المؤهلون للحصول على خدمات Medicaid أو الذين هم أفراد في عائلة مشاركة في برنامج WIC مؤهلين ايضاً للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار بناء على دخل الأسرة.

يرجى الكتابة بوضوح بإستخدام قلم الحبر الازرق أو الاسود (لاتستخدم قلم الرصاص أو قلم الحبر الاحمر).

الخطوة أ: أدرج أسماء أفراد الأسرة من الطلاب، الرضع، أو الأطفال الآخرين.

من الذي يتوجب عليّ إدراجه هنا؟ عند تعبئة هذا القسم، يرجى إدراج جميع أفراد أسرتك الذين هم:

- أطفال بعمر 18 عام أو أقل ويعتمدون على دخل الأسرة؛
- في رعايتك بموجب ترتيبات رعاية الاطفال، أو مؤهلين كونهم بدون مأوى، مهاجرين، أو شباب هاربين من البيت؛
- طلاب كلية.

اكتب الاسم الأول، الحرف الاول من الاسم الاوسط والاسم الاخير للطفل على النحو المذكور في سجلات المدرسة. *لا تستخدم الكنية.*

إذا كان عدد الأطفال أكثر من الحقول المخصصة في إستمارة الطلب، عندها يرجى إرفاق ورقة ثانية تضم جميع المعلومات المطلوبة للأطفال الإضافيين.

يرجى ذكر تاريخ ميلاد كل طفل. اكتب رقماً في كل مربع للإشارة إلى تاريخ ميلاد الطفل على النحو التالي شهر/ يوم/ سنة.

مثال:

ميلاد الطفل هو يوم 27 مايو/أيار 2016

M	M	D	D	Y	Y
5	0	2	7	6	1

ماهي المدرسة التي يلتحق بها كل طفل والمرحلة الدراسية؟ اذكر اسم المدرسة والمرحلة الدراسية لكل طالب.

الأطفال المتشردون، تحت الرعاية، الهاربون، المهاجرون: إذا كان أي من الأطفال المدرجة أسماؤهم هم أطفال تحت الرعاية، عندها ضع دائرة حول المربع المناسب للدلالة على " Foster Child" ثم تخطي **الخطوة د** ما لم تكن تتقدم بطلب يتعلق بأطفال تحت الرعاية و / أو ليسوا تحت الرعاية، ثم انتقل إلى **الخطوة ب**.

إذا كنت تعتقد أن أي طفل مدرج في القائمة هو طفل بلا مأوى، هارب من البيت، أو مهاجر، ضع دائرة حول المربع المناسب و**أكمل جميع خطوات الطلب**. تواصل مع وسيط تعليم الاطفال المشردين/ رعاية الاطفال في ACPS على رقم الهاتف-**703 619-8071** للحصول على المزيد من المعلومات.

هل لدى الطالب وظيفة أو يتلقى أموالاً من الإعاقة، دخل الضمان الاجتماعي SSI، أو أي مصدر آخر؟

حدد مقدار ما يكسبه الطالب وعدد المرات.

الخطوة ب: هل يشارك أي من افراد العائلة حالياً في برنامج SNAP، أو TANF، أو FDPIR؟

إذا كان أي من أفراد الأسرة (بما فيهم أنت) مشارك حالياً في واحد أو أكثر من برامج المساعدة المدرجة أدناه، فإن أطفالك مؤهلون للحصول على وجبات الطعام المدرسية المجانية:

- برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP والمعروف سابقاً باسم إعانات الطعام Food Stamps)
- المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)

في حال حصول أي فرد في الاسرة على مزايا SNAP و/ أو TANF:

- أترك حقل **الخطوة ب** فارغاً وأنتقل الى **الخطوة ج**

إذا كان أحد افراد الأسرة مشاركاً في أي من البرامج المذكورة أعلاه:

- أذكر رقم ملفك. إذا كنت لاتعرف رقم ملفك، عندها يرجى التواصل مع مكتب دائرة الخدمات البشرية والمجتمعية (DCHS) على الرقم: 703.746.5700. لا تقدم رقم بطاقة Medicaid أو رقم بطاقة EBT.
- اذهب الى **الخطوة هـ**.

رسالة الى العوائل بشأن تقديم طلب الحصول على الوجبات المجانية ومخفضة الاسعار للعام 2024-2025 | التعليمات

الخطوة ج: اذكر الاسماء والدخل لجميع البالغين في الاسرة

عند تعبئة هذا القسم، يرجى إدراج جميع الأفراد البالغين في منزلك الذين يعيشون معك ويتشاركون الدخل والمصروفات، حتى لو لم يكونوا من الاقارب وحتى إذا لم يحصلوا على دخل خاص بهم. ***لا تقم بإدراج:*** الأشخاص الذين يعيشون معك والذين لا يعتمدون على دخل الاسرة ولا يساهمون بدخل لأسرتك (مثل رفقاء السكن).

أدرج أسماء أفراد الأسرة البالغين. اكتب الاسم الأول والاسم الاخير لكل فرد بالغ من أفراد الأسرة بالإضافة الى عمره. لاتُدرج أي من أفراد الأسرة الذين قمت بإدراجهم في **الخطوة أ**.

الإبلاغ عن الدخل

اكتب "0" في أي حقل عندما لا يوجد دخل للإبلاغ عنه. سوف يتم إحتساب أي حقل فارغ من حقول الدخل على أنه صفر.
إذا كتبت "0" أو تركت أية حقول فارغة، فأنت تؤكد (تتعهد) بعدم وجود دخل للإبلاغ عنه.

الدخل الوارد من العمل. اذكر جميع الدخل الوارد من العمل في حقل "دخل من العمل" في إستمارة الطلب. عادة ما يكون هذا هو المال الذي يتم تلقيه من العمل في الوظائف.

ماذا لو كنت أعمل لحسابي الخاص؟ اذكر الدخل من هذا العمل كمبلغ صافٍ. يتم إحتساب ذلك من خلال طرح إجمالي المصاريف التشغيلية للعمل من إجمالي الدخل أو الإيراد أو يمكن إدراجها في الجدول ج من إقرار الدخل الضريبي المقدم.

الدخل من المساعدة العامة/ إعالة الطفل/ نفقة الزوجة المطلقة. اذكر جميع الدخل الذي يوافق حقل "المساعدة العامة/ إعالة الطفل/ نفقة الزوجة المطلقة" في الطلب.

في حال الحصول على دخل من نفقة الطفل أو نفقة الزوجة المطلقة، عندها قم فقط بالإبلاغ عن المدفوعات التي أمرت بها المحكمة. ينبغي الإبلاغ عن المدفوعات غير الرسمية ولكن المنتظمة كإيرادات "أخرى".

الدخل من المعاشات/ التقاعد/ جميع الإيرادات الأخرى. اذكر كل الدخل يوافق حقل "المعاشات/ التقاعد/ جميع الايرادات الاخرى" في الطلب.

الخطوة د: الموافقة على مشاركة المعلومات

إمتيازات أخرى: يسمح القانون للهيئة التعليمية بمشاركة معلومات الأهلية للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار مع برنامجي Medicaid و FAMIS. يمكن لهذه البرامج استخدام المعلومات فقط لتحديد الأطفال الذين قد يكونوا مؤهلين للحصول على تأمين صحي مجاني أو واطئ التكلفة، ولتسجيلهم في برنامج Medicaid أو FAMIS. لا يُسمح لهذه الهيئات باستخدام المعلومات المدرجة في إستمارة طلب الحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار لأي غرض آخر. قد يتصل بك مسؤولون في برنامج Mediaid أو مسؤولون في FAMIS للحصول على المزيد من المعلومات. ليس مطلوب منك السماح لنا بمشاركة هذه المعلومات مع برنامج Medicaid أو برنامج FAMIS. سوف لن يؤثر قرارك على أهلية الطفل للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار. إذا كنت لا ترغب في مشاركة معلوماتك، يرجى وضع إشارة في المربع المناسب في إستمارة الطلب. قد تكون مؤهلاً للمشاركة في برامج مساعدة أخرى. لمعرفة كيفية تقدم طلب المشاركة في برنامج SNAP أو غيره من برامج المساعدة الأخرى، اتصل بمكتب الخدمات الاجتماعية المحلي في منطقتك.

الخدمات الأكاديمية/المجتمعية: من خلال التأشير في المربع، فأنك تمنح الأذن لنا لمشاركة معلوماتك مع كادر المدرسة والبرامج لغرض إستخدامها في تقديم الخدمات التعليمية والصحية المحلية مثل تحديد منح قسائم الاختبار/المنح الدراسية، خدمات المعالجة/التدريس الخاص، العيادات الطبية/ طب الأسنان/ عيادات فحص البصر، الأنشطة الصيفية/ الترفيهية، التجهيزات المدرسية، رسوم المشاركة في الألعاب الرياضية، الرحلات الميدانية، الآلات الموسيقية، وما إلى ذلك.

الخطوة هـ: تعهد - توقيع الشخص البالغ ومعلومات الاتصال

ينبغي على أحد أفراد الأسرة من البالغين التوقيع على الطلب إضافة الى إدراج رقم الضمان الاجتماعي (SSN).

إجمالي حجم الاسرة. أدخل العدد الإجمالي لأفراد الأسرة (الأطفال والكبار) والذي يجب أن يكون مساوياً لعدد أفراد الأسرة المدرجين في **الخطوة** أ و**الخطوة ج**.

اكتب اسمك ووقع. أكتب اسم الشخص البالغ الذي قام بالتوقيع على الطلب مع وضع توقيع ذلك الشخص في حقل "توقيع رب الاسرة".

اكتب الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي (SSN). ينبغي على فرد الأسرة البالغ إدخال آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي SSN الخاص به. إذا لم يكن لدى الشخص البالغ الذي يوقع هذا الطلب رقم ضمان اجتماعي SSN، عندها ضع اشارة في المربع الذي يشير الى "ليس لدي رقم ضمان اجتماعي".

ادرج معلومات الاتصال الخاصة بك. اكتب عنوانك الحالي إضافة الى رقم (أرقام) الهاتف، عنوان البريد الإلكتروني، أو كليهما حيث يساعدنا ذلك في الوصول إليك بسرعة في حال حاجتنا الى الاتصال بك.

الخطوة و: الهويات القومية والعرقية للأطفال (اختياري)

السرية والإشعار بمشاركة المعلومات: يستخدم الكادر المدرسي المعلومات الواردة في الطلب لتحديد أهلية طفلك للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار والتحقق من أهليته. وفقًا للقانون الوطني للغذاء في المدارس، يمكن للهيئة التعليمية إبلاغ المسؤولين ذوي العلاقة ببرامج التغذية والصحة والتعليم الخاصة بالأطفال بالمعلومات الواردة في طلبك لتحديد إمتيازات تلك البرامج أو لأغراض التمويل و/ أو التقييم.

التحقق: قد يقوم الكادر المدرسي بالتحقق من أهليتك في أي وقت خلال العام الدراسي. قد يطلب منك الكادر المدرسي إرسال معلومات تثبت وجوب حصول طفلك/ (أطفالك) على وجبات الطعام المجانية أو مخفَّضة الاسعار.

جلسة إستماع عادلة: لديك الحق في الحصول على جلسة إستماع عادلة. إذا كنت لاتتفق مع قرار قسم خدمات التغذية المدرسية بشأن طلبك أو بشأن نتيجة التحقق من طلبك، عندها يمكن المراسلة او التواصل مع **قسم خدمات التغذية المدرسية** على رقم الهاتف **703-619-8048** أو التواصل مع المسؤول التالي: **Dr. Alicia Hart، رئيسة قسم المرافق والعمليات، على العنوان التالي 1340 Braddock Place, Alexandria, VA 22314. رقم الهاتف: 8289-619 (703)**

إعادة التقديم للحصول على المنافع: يمكن إعادة تقديم الطلب للحصول على وجبات الطعام المجانية والمخفضة الأسعار في أي وقت خلال العام الدراسي. إذا لم تكن مؤهلاً الآن ولكن حصل تغيير، مثل انخفاض دخل الأسرة، أو زيادة في عدد أفراد الأسرة، أو أصبحت عاطلاً عن العمل أو أنك تحصل على مساعدات عن طريق برنامج SNAP أو TANF لطفلك/ (أطفالك)، عندها يرجى تقديم طلب في ذلك الوقت. *قد يتم طلب تقديم وثائق.*

سياسة تقديم وجبات الطعام: سوف يتم السماح للطلاب الذين لايملكون المال في حسابهم أو في متناول اليد لدفع تكلفة وجبة الطعام عند وقت تقديم الوجبة بتناول وجبة طعام كاملة. *لن يدفع الطلاب أجور عن الفقرات الإنتقائية*. سوف يتم بذل جهود معقولة لتجنب جذب الإنتباه الى عدم قدرة الطالب على الدفع. سيقوم قسم خدمات التغذية المدرسية SNS بإبلاغ مدير المدرسة بشكل يومي عن أية رسوم غير مدفوعة لوجبات الطعام. سوف يقوم شخص مخول عن مدير المدرسة عندئذ بإشعار ولي الأمر/الوصي الشرعي وباللغة المفضلة لولي الأمر/الوصي الشرعي. بعد تقديم عشرة وجبات (10)، سوف يقوم مدير المدرسة بتبليغ ولي الأمر برسالة يتم إرسالها عبر بريد الولايات المتحدة. سوف يتضمن الإشعار الخطي مبلغ تكلفة وجبات الطعام غير المدفوعة، معلومات حول كيفية الدفع، و إعادة تعبئة رصيد حساب الوجبات الخاص بالطالب، إضافة الى معلومات الاتصال للمساعدة في التسجيل للحصول على مزايا وجبات الطعام المجانية والمخفضة الأسعار. بالإضافة إلى ذلك، سوف يقوم مدير المدرسة بتعيين عضو من فريق الدعم المدرسي لتحديد موعد اجتماع مع ولي الأمر/الوصي الشرعي لتحديد ما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على مزايا وجبات الطعام المجانية والمخفضة الأسعار. لذلك، قد تقوم مدارس ACPS بإبلاغ دائرة الخدمات الاجتماعية بخصوص الحالات المشكوك بتعرض الطفل فيها إلى الإهمال.

مع أطيب التحيات،

Dr. Eric K. Coleman, MBA, M. Ed, CSC
مدير مكتب قسم خدمات التغذية المدرسية

بموجب قانون الحقوق المدنية الفدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، الجنس (ليشمل ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي)، الإعاقة، العمر، الانتقام أو الأخذ بالثأر لنشاط سابق للوائح وسياسات الحقوق المدنية. يمكن توفير المعلومات الخاصة بالبرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة ممن هم بحاجة الى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، الطباعة بخط كبير، التسجيل الصوتي، لغة الاشارة الاميركية، وما الى ذلك) الاتصال بالوكالة المحلية او الحكومية ذات الصلة والتي تتولى إدارة البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA على الرقم (202) 720-2600 (صوت و TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية USDA من خلال خدمة الاتصالات الفيدرالية على الرقم 8339-877 (800). لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز في البرنامج، يرجى تقديم شكوى من خلال إكمال تعبئة إستمارة AD-3027، وهي إستمارة شكوى للإبلاغ عن وجود تمييز في برنامج USDA والتي يمكن الحصول عليها عبر الانترنت من خلال الدخول على الرابط: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf، أو من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA، عن طريق الاتصال بالرقم 9992-632 (866)، أو كتابة رسالة موجهة الى USDA. ينبغي ان تتضمن الرسالة اسم مقدم الشكوى، عنوانه، رقم هاتفه، ووصفاً خطياً تفصيلياً للإجراء التمييزي المزعوم لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (ASCR) عن طبيعة وتاريخ الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية. ينبغي تقديم إستمارة AD-3027 الكاملة أو الرسالة الى USDA عن طريق: 1. **البريد على العنوان:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; أو 2. **عبر الفاكس على الرقم:** 1665-256 (833) **أو** 7442-690 (202) ; أو 3. **على عنوان البريد الالكتروني:** program.intake@usda.gov.
تقدم هذه المؤسسة فرص متكافئة.

ARABIC

طلب الاسرة للحصول على وجبات الطعام المدرسية المجانية والمخفضة الاسعار في مدارس مدينة الاسكندرية العامة للعام 2025-2024 *(أكمل طلباً واحداً لكل أسرة. يرجى استخدام قلم الحبر.)*

يرجى إعادتها الى: • School Nutrition Services, 1340 Braddock Place, Alexandria VA 22314; 703-619-8048 رقم الفاكس: 703-619-8990 **food@acps.k12.va.us** **قدم عبر الانترنت: www.schoolcafe.com/alexandriacps**

أ. الأطفال والطلاب من أفراد الأسرة (استخدم ورقة منفصلة إذا كانت هناك حاجة الى مساحة إضافية)

ملاحظة: *لمزيد من المعلومات حول* ***"مصادر الدخل للأطفال/ الطلاب"*** *و* ***عدد مرات إستلام الدخل*** *إنتقل الى الجزء الخلفي من هذه الإستمارة.*

1. **أكتب** أسماء وتاريخ ميلاد **جميع الأطفال** في الأسرة. *أدرج الأطفال الرضع والطلاب من غير المسجلين في ACPS.*
2. *إذا كان ذلك ممكناً، بالنسبة لكل* ***طالب*** *في الأسرة، يرجى* ***إدخال اسم المدرسة*** *المسجل فيها الطالب حالياً* ***والمرحلة الدراسية.***
3. إن أمكن، يرجى **التأشير** فيما اذا كان الطفل/ الطالب: ***تحت الرعاية (F);*** *بلا مأوى* ***(H);*** *مهاجر* ***(M);*** *و/ أو هارب* ***(R)***

إذا كان الطفل/ الطالب يحصل على دخل من العمل أو من أي مصدر آخر، عندها أدخل إجمالي الدخل أدناه
اترك الحقل فارغاً إذا كان الطفل/ الطالب لا يحصل على دخل

	الاسم الأول كتابة	الحرف الأول من الاسم الاوسط	الحرف الاخير كتابة	تاريخ الميلاد: شهر	تاريخ الميلاد: يوم	تاريخ الميلاد: سنة	اسم المدرسة كتابة	المرحلة الدراسية	تحت الرعاية (F) ; بلا مأوى (H) ; مهاجر (M) ; هارب (R)	الدخل الكلي	ضع إشارة على احد الخيارات عدد مرات إستلام الدخل
.1									F R M H	$	اسبوعياً (W) كل أسبوعين (B) نصف شهري (S) شهرياً (M) سنوياً (A)
.2									F R M H	$	اسبوعياً (W) كل أسبوعين (B) نصف شهري (S) شهرياً (M) سنوياً (A)
.3									F R M H	$	اسبوعياً (W) كل أسبوعين (B) نصف شهري (S) شهرياً (M) سنوياً (A)
.4									F R M H	$	اسبوعياً (W) كل أسبوعين (B) نصف شهري (S) شهرياً (M) سنوياً (A)

ب. برامج المساعدة — SNAP, TANF, FPDIR | إذا كنت لا تعرف رقم ملفك، عندها يرجى الاتصال بمسؤول ملف الحالة الخاص بك. لا تقدم رقم بطاقة Medicaid أو رقم بطاقة EBT.

هل يتلقى أي من أفراد الاسرة (بما فيهم أنت) مزايا SNAP أو TANF أو FPDIR؟ ☐ كلا ☐ نعم ***إذا كانت الاجابة "نعم" أدخل*** رقم الملف: _____ **ثم إنتقل الى القسم د.**

ج. أفراد الأسرة البالغون- اذكر جميع أفراد الأسرة حتى لو لم يكن لديهم دخل.

عدد مرات إستلام الدخل: اسبوعياً **(W)** | كل أسبوعين **(B)** | نصف شهري **(S)** | شهرياً **(M)** | سنوياً **(A)**

	الأسم الأول والاسم الاخير كتابة	العمر	الدخل الكلي الدخل الوارد من العمل	ضع اشارة عدد مرات إستلام الدخل	مساعدات حكومية • نفقة الزوجة المطلقة • نفقة الطفل	ضع اشارة عدد مرات إستلام الدخل	المعاشات• التقاعد • جميع المدخولات الاخرى	ضع اشارة عدد مرات إستلام الدخل
رب الاسرة			$	W B S M A	$	W B S M A	$	W B S M A
البالغين			$	W B S M A	$	W B S M A	$	W B S M A
البالغين			$	W B S M A	$	W B S M A	$	W B S M A
البالغين			$	W B S M A	$	W B S M A	$	W B S M A

د. الموافقة على مشاركة المعلومات

☐ يُسمح لخدمات التغذية المدرسية مشاركة المعلومات الواردة في هذا الطلب مع برنامج Medicaid وبرنامج التأمين الصحي للأطفال في ولاية فيرجينيا والمعروف باسم FAMIS. ضع إشارة في المربع في حال عدم الرغبة في مشاركة هذه المعلومات. سوف لن يؤثر قرارك على أهلية الطفل للحصول على وجبات طعام مجانية أو مخفضة الأسعار.

☐ قد يكون طفلك (أطفالك) مؤهلين للحصول على الخدمات الأكاديمية والمجتمعية مثل رسوم المشاركة في الألعاب الرياضية، قسائم الاختبار، عيادات طب الأسنان/ فحص البصر، الأنشطة الصيفية، وما الى ذلك. من خلال التأشير في المربع، فانك تمنح الأذن لنا لمشاركة معلوماتك مع مسؤولي المدرسة/ البرامج لغرض إستخدامها في توفير الخدمات التعليمية والصحية المحلية.

و. الهويات العرقية والقومية للأطفال (إختياري)

نحن مطالبون بطلب معلومات عن الأصل العرقي والقومي للأطفال. هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من خدمتنا لمجتمعنا بالكامل. الإجابة على هذا القسم إختيارية ولاتؤثر على أهلية أطفالك.

القومية (ضع إشارة على أحد الخيارات): ☐ من أصل إسباني أو لاتيني ☐ ليس من أصل إسباني أو لاتيني

العرق (ضع أشارة على خيار أو أكثر): ☐ من سكان أميركا الأصليين أو من سكان آلاسكا الأصليين ☐ آسيوي ☐ أسود أو أميركي من أصول أفريقية ☐ من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى ☐ أبيض

ه. التعهد: انا أشهد (أتعهد) ان جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة، وان جميع الدخل قد تم الإبلاغ عنه. أنا أفهم أن هذه المعلومات مقدمة فيما يتعلق باستلام الأموال الفيدرالية، حيث يمكن لمسؤولي المدرسة التأكد (التحقق) من المعلومات وأدرك أنه في حال تقديمي معلومات خاطئة عن قصد، فقد يفقد طفلي (أطفالي) مزايا الحصول على وجبات الطعام وقد تتم مقاضاتي بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.

مجموع أفراد الاسرة (الاطفال والبالغين)	اسم رب الاسرة كتابة	تاريخ اليوم:

توقيع رب الاسرة	الارقام الاربعة الاخيرة من SSN: _____ -XXX-XX
X وقّع هنا	☐ ليس لدي رقم ضمان إجتماعي.

عنوان الشارع	رقم الشقة/ الوحدة السكنية	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف الخلوي	رقم هاتف العمل (يشمل رقم التحويل الداخلي ان وجد)	البريد الالكتروني

Date	Determining Official	Eligibility Determination: ☐ Free ☐ Reduced ☐ Denied for Income ☐ Categorical Eligibility: FOSTER HOMELESS SNAP/TANF	Total Income: $ _____ ☐ Weekly (x52) ☐ Biweekly (x26) ☐ Semimonthly (x24) ☐ Monthly (x12) ☐ Annually	Total Household: _____	For Office Use Only
Date	Reviewing Official				
Date	Verifying Official's Signature	*Verification Results:* NO CHANGE | Free to Reduced | Free to Paid | Reduced to Free | Reduced to Paid *Reason for Change:* Household Size • Income • No Response/Refused to Cooperate • SNAP/TANF	Date of Response	Date of 2nd Notice / Date Response Due / Date Selected	VERIFICATION

إرشادات أهلية الدخل لعام 2024-2025

عدد أفراد الأسرة	اسبوعياً (الدفع 52 مرة في السنة)	كل اسبوعين (الدفع 26 مرة في السنة)	نصف شهري (الدفع 24 مرة في السنة)	شهرياً (الدفع 12 مرة في السنة)	سنوياً (الدفع 1 مرة في السنة)
1	$ 536	$1,072	$1,161	$2,322	$27,861
2	728	1,455	1,576	3,152	37,814
3	919	1,838	1,991	3,981	47,767
4	1,110	2,220	2,405	4,810	57,720
5	1,302	2,603	2,820	5,640	67,673
6	1,493	2,986	3,235	6,469	77,626
7	1,685	3,369	3,650	7,299	87,579
8	1,876	3,752	4,064	8,128	97,532
لكل فرد اضافي في العائلة، اضف	+ 192	+ 383	+ 415	+ 830	+ 9,953

مصادر الدخل للأطفال/ الطلاب

مصدر الدخل	أمثلة
• الدخل الوارد من العمل • الضمان الإجتماعي ➢ دفعات الإعاقة ➢ إعانات الناجين • الدخل من أي مصدر آخر	• لدى الطفل وظيفة منتظمة بدوام كامل أو جزئي حيث يتقاضى راتباً أو أجراً. • طفل كفيف أو معاق ويتلقى إعانات الضمان الاجتماعي. • أحد الوالدين معاق، متقاعد، أو متوفى ويتلقى طفله إعانات الضمان الاجتماعي. • يتلقى الطفل دخلاً منتظمًا من صندوق معاشات تقاعدية خاص، معاش سنوي، أو وديعة.

مصدر الدخل للبالغين

الدخل الوارد من العمل	مساعدات حكومية| نفقة الزوجة المطلقة| نفقة الطفل	المعاشات | التقاعد | جميع المدخولات الاخرى
• الراتب، الأجور، المكافآت النقدية • صافي الدخل من العمل الحر (مزرعة أو عمل) ***إذا كنت في الجيش الأميركي:*** • الراتب الاساسي والمكافآت النقدية *(لايشمل الراتب في الظروف القتالية، FSSA أو بدلات الإسكان المخصصة)* • بدلات السكن، الطعام، والملبس خارج القاعدة	• إعانات البطالة • تعويضات العمال • دخل الضمان التكميلي (SSI) • المساعدة النقدية من الولاية أو الحكومة المحلية • مدفوعات نفقة الزوجة المطلقة • مدفوعات إعالة الطفل • إعانات المحاربين القدامى • إعانات الاضراب	• الضمان الإجتماعي (لتشمل تقاعد موظفي السكك الحديدية وإعانات الرئة السوداء) • المعاشات الخاصة أو إعانات العجز • الدخل المنتظم من الودائع أو العقارات • المعاشات • دخل الإستثمار • الفوائد المكتسبة • دخل الإيجار • المدفوعات النقدية المنتظمة من خارج الاسرة

ينبغي إدراج جميع المدخولات في إجمالي الدخل

يتطلب قانون Richard B. Russell الوطني للغذاء في المدارس توفير المعلومات عند تقديم هذا الطلب. لا يتعين عليك تقديم المعلومات، ولكن إذا لم تقم بذلك، عندها سوف لن نتمكن من إكمال طلب طفلك (أطفالك) للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار. **يتوجب** عليك إدراج الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للشخص البالغ في الاسرة الذي يقوم بتوقيع الطلب. *الارقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عند تقديم طلب بالنيابة عن طفل تحت الرعاية، أوإدراج رقم ملف الحالة لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو عندما تشير إلى أن عضو الأسرة البالغ الذي وقع على إستمارة الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي.* سوف نستخدم معلوماتك لتحديد ما إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار، ولإدارة وتنفيذ برامج تقديم وجبات الفطور الغذاء. قد نشارك معلومات أهليتك مع برامج التعليم والصحة والتغذية لمساعدتها في تقييم، تمويل، أو تحديد مزايا برامجهم، وتوفير المدققين لمراجعة البرامج، ومسؤولي فرض القانون لمساعدتهم على التحقيق في إنتهاكات قوانين البرنامج.

إقرار USDA بعدم التمييز

بموجب قانون الحقوق المدنية الفدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، الجنس (ليشمل ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي)، الإعاقة، العمر، الانتقام أو الأخذ بالثأر لنشاط سابق للوائح وسياسات الحقوق المدنية. يمكن توفير المعلومات الخاصة بالبرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة ممن هم بحاجة الى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، الطباعة بخط كبير، التسجيل الصوتي، لغة الاشارة الاميركية، وما الى ذلك) الاتصال بالوكالة المحلية او الحكومية ذات الصلة والتي تتولى إدارة البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA على الرقم 720-2600 (202) (صوت و TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية USDA من خلال خدمة الاتصالات الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339. لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز في البرنامج، يرجى تقديم شكوى من خلال إكمال تعبئة إستمارة AD-3027، وهي شكوى للإبلاغ عن وجود تمييز في برنامج USDA والتي يمكن الحصول عليها من خلال الدخول على الرابط: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf، أو من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأميركية USDA، عن طريق الاتصال بالرقم 9992-632 (866)، أو كتابة رسالة موجهة الى USDA. ينبغي ان تتضمن الرسالة اسم مقدم الشكوى، عنوانه، رقم هاتفه، ووصفاً خطياً تفصيلياً للإجراء التمييزي المزعوم لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (ASCR) عن طبيعة وتاريخ الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية. ينبغي تقديم إستمارة AD-3027 الكاملة أو الرسالة الى USDA عن طريق:

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

عبر الفاكس: (833) 256-1665 أو (202) 690-7442
عبر البريد الالكتروني: program.intake@usda.gov

تقدم هذه المؤسسة فرص متكافئة.