

نمونه درخواست خانواده برای دریافت وعده های غذایی مدرسه رایگان و ارزان قیمت سال ۲۰۱۷-۲۰۱۶

برای هر خانواده تنها یک فرم درخواست تکمیل کنید. لطفاً از یک خودکار (نه یک مداد) استفاده کنید.

جهت درخواست آنلاین رجوع کنید به وبسایت www.abcdefgh.edu

مرحله ۱

انام تمامی اعضاء خانواده را نُکر کنید که نوزاد، کودک و دانش آموز تا کلاس ۱۲ (و نیز محصل کلاس ۱۲) هستند. (چنانچه جهت اسامی دیگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یک برگ کاغذ ضمیمه کنید)

تعریف عضو خانواده:
«هر کسی که با شما زندگی می کند و در درآمد و هزینه ها سهیم است، حتی اگر با شما نسبتی ندارد.»

کودکان تحت سرپرستی موقت و کودکانی که با تعریف بی خانمان، مهاجر یا فراری تطابق دارند برای دریافت وعده های غذایی رایگان واجد شرایط هستند. جهت کسب اطلاعات بیشتر، بخش نحوه ارائه درخواست برای دریافت وعده های غذایی رایگان و ارزان قیمت را مطالعه کنید.

| نام کودک | نام میانی کودک | انام خانوادگی کودک | کلاس | آیا دانش آموز است؟ بله / خیر | کودک تحت سر پرستی موقت ، مهاجر پرستی موقت و فراری |
|----------|----------------|--------------------|------|---------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

مرحله ۲

آیا در حال حاضر کسی از اعضاء خانواده تان (از جمله خودتان) در یک یا بیش از یک برنامه کمکی فهرست شده در ذیل شرکت می کند:

اگر پاسخ شما خیر است > به مرحله ۳ رجوع کنید اگر پاسخ شما بله است < در اینجا یک شماره پرونده بنویسید و سپس به مرحله مراجعه کنید (مرحله ۳ را تکمیل نکنید) ۴

شماره پرونده: _____

در این فضا، تنها یک شماره پرونده بنویسید.

مرحله ۳

درآمد تمام اعضاء خانواده را گزارش دهید (چنانچه پاسخ شما در مرحله ۲ «بله» بوده است این مرحله را نادیده بگیرید)

| هر چند وقت یکبار؟ | | | | | درآمد کودک | | الف. درآمد کودک | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|------------|--|-----------------|--|
| ماهانه | ۲ بار در ماه | دو هفته یکبار | هفتگی | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |

گاهی اوقات کودکان موجود در خانواده درآمد کسب می کنند یا به دست می آورند. لطفاً کل درآمد کسب شده توسط تمام اعضاء خانواده را که نامشان را در اینجا در مرحله ۱ ذکر کردید بنویسید

ب. تمام اعضاء بزرگسال خانواده (از جمله خودتان)
نام تمام اعضاء خانواده را که در مرحله ۱ ذکر نشده (از جمله خودتان) بنویسید حتی اگر درآمدی دریافت نمی کنند. برای هر عضو خانواده که نامش ذکر شده است، اگر درآمدی دریافت می کنند، کل درآمد ناخالص (قبل از کسر مالیات) برای هر منبع را تنها به دلار (نه سنت) گزارش دهید. اگر آن ها درآمدی از هیچ منبعی دریافت نمی کنند، عدد «۰» را بنویسید. اگر «۰» را وارد نمایید یا قسمتی را خالی بگذارید، شما تأیید می کنید (تصدیق می کنید) که درآمدی برای گزارش دهی وجود ندارد.

| هر چند وقت یکبار؟ | | | | | کمک های دولتی/ کمک های مالی صورت گرفته به کودکان/ نفعه | | هر چند وقت یکبار؟ | | درآمدهای حاصل از کار | | اسم اعضاء بزرگسال خانواده (نام و نام خانوادگی) | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|--|
| ماهانه | ۲ بار در ماه | دو هفته یکبار | هفتگی | | ماهانه | ۲ بار در ماه | دو هفته یکبار | هفتگی | ماهانه | ۲ بار در ماه | دو هفته یکبار | هفتگی | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

تعداد کل اعضاء خانواده (کودکان و بزرگسالان) _____

چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعی (SSN) نان _____
آور اصلی یا سایر اعضاء بزرگسال خانواده

در صورت نداشتن شماره تامین اجتماعی تیک بزنید

آیا در مورد نوع درآمدی که باید در اینجا ذکر کنید مطمئن نیستید؟

جهت کسب اطلاعات بیشتر صفحه را ورق بزنید و نمودار «منابع درآمد» را بررسی نمایید.

نمودار «منابع درآمد برای کودکان» به شما در بخش درآمد کودک کمک خواهد کرد.

نمودار «منابع درآمد برای بزرگسالان» به شما در بخش تمام اعضاء بزرگسال خانواده کمک خواهد کرد.

مرحله ۴

اطلاعات تماس و امضاء فرد بزرگسال

* «اینجا تأیید می نمایم (تصدیق می کنم) که تمامی اطلاعات ارائه شده در این درخواست درست و تمام درآمدها گزارش شده است. آگاه هستم که این اطلاعات در ارتباط با دریافت وجوه فرال ارائه شده است، و مسئولین مدرسه ممکن است این اطلاعات را تأیید (بررسی) نمایند. آگاه هستم که اگر به عمد اطلاعات نادرست در اختیار قرار دهم، این امکان وجود دارد که فرزندانم امتیاز بهره مندی از مزایای وعده غذایی را از دست دهند و ممکن است تحت قوانین قابل اجرای ایالتی و فدرالی تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم.»

نشانی (در صورت وجود) _____ شماره آپارتمان _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

تلفن جهت تماس در روز و ایمیل (اختیاری) _____ تاریخ امروز _____

نام چلیبی فرد بزرگسالی که فرم را امضا می نماید _____ امضاء فرد بزرگسال _____

رضایت برای انتشار اطلاعات واجد شرایط بودن رایگان یا با قیمت کاهش یافته

مسئولان مدرسه ممکن است اطلاعاتی را منتشر کنند که نشان دهد فرزند/فرزندان من واجد شرایط دریافت وعده های غذایی رایگان یا با قیمت پایین برای برنامه های زیر هستند. می دانم که اطلاعات فقط به برنامه(های) بررسی شده ارائه می شود.

(باکس کنار منطقه(های) برنامه ای را که می خواهید اطلاعات را در آن منتشر کنید علامت بزنید)

- (CHIP) یا برنامه بیمه سلامت کودکان Medicaid برنامه های بهداشتی فدرال مانند
- برنامه های ایالتی یا فدرال مانند برنامه کار تابستانی جوانان یا برنامه استعدادیابی آموزشی
- برنامه های بهداشتی و آموزشی محلی و سایر برنامه های محلی که مزایایی مانند کتاب های درسی یا وسایل مدرسه رایگان، سازهای گروه موسیقی رایگان، یا کاهش هزینه های مدرسه تابستانی یا آموزش راننده را ارائه می دهند
- برنامه های اجتماعی مانند سبدهای تعطیلات، هنرهای تابستانی و برنامه های زمین بازی

می دانم که اطلاعاتی را منتشر خواهم کرد که نشان دهد فرزند/فرزندان من واجد شرایط دریافت وعده های غذایی رایگان و ارزان قیمت هستند. من با انتشار اطلاعات محرمانه خود برای استفاده های ذکر شده در بالا موافقت می کنم.

کودک/کودکان:

من گواهی می دهم که والدین/سرپرست کودک هستم که درخواست برای او ارسال شده است.

امضای والدین/سرپرست: _____

نام چاپ: _____

نشانی: _____

شماره تلفن: _____

تاریخ: _____

بیانیه عدم تبعیض :

این موسسه از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش)، (USDA) مطابق با قانون فدرال حقوق مدنی و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده جنسی(، معلولیت، سن، یا تلافی یا تلافی برای فعالیت قبلی حقوق مدنی.

اطلاعات برنامه ممکن است به زبان های دیگری غیر از انگلیسی در دسترس باشد. افراد دارای معلولیتی که برای به دست آوردن اطلاعات برنامه نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ یا از طریق سرویس رله (TTY صدا و) به شماره 202 (720) تماس بگیرند. TARGET USDA 2600 نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی(، باید با ایالت مسئول یا اژانس محلی که برنامه را مدیریت می کند یا مرکز تماس بگیرد USDA فدرال به شماره 8339-877 (800) (با

را تکمیل کند که می توانید به صورت آنلاین در آدرس USDA فرم شکایت تبعیض امیز برنامه (AD-3027) برای ثبت شکایت تبعیض در برنامه، شکای باید فرم شکایت تبعیض برنامه وزارت کشاورزی ایالات متحده، نامه باید حاوی نام USDA از طریق تماس با (866 (9992-632) یا با نوشتن نامه ای خطاب به USDA از دفتر، <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>؛ زیر دریافت کنید AD- در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعایی حقوق مدنی باشد. فرم یا نامه تکمیل شده (ASCR) آدرس، شماره تلفن شکای و شرح کتبی از اقدام تبعیض امیز ادعایی با جزئیات کافی برای اطلاع دستیار وزیر حقوق مدنی باید توسط 3027

1. **پست الکترونیکی:**
یا SWWashington, DC 20250-9410، وزارت کشاورزی ایالات متحده، دفتر دستیار وزیر حقوق مدنی 1400 خیابان استقلال
2. **فکس:**
یا (202) 7442-690؛ یا (833) 256-1665
3. **ایمیل:**
program.intake@usda.gov

این موسسه، یک ارائه کننده فرصتهای مساوی است.