

المدرسية المجانية والمخفضة السعر.

املا طلب واحد لكل عائلة. يرجى استخدام قلم الحبر (وليس قلم رصاص).

[illegible]

الخطوة ٢ هل أى فرد من أفراد العائلة (أنت أيضاً) يشارك حالياً فى واحد أو أكثر من البرامج المساعدة التالية: برنامج المساعدة للتغذية التكميلية أو برنامج المساعدة للمعونات المؤقتة أو برنامج توزيع الغذاء فى المحميات الهندية؟

رقم القضية:	أكتب رقم القضية هنا ثم انتقل إلى الخطوة ٤ (لا تكتمل الخطوة ٣)	إذا كان الجواب بنعم>	< انتقل إلى الخطوة ٣.	إذا كان الجواب بلا
أكتب فقط رقم قضية واحد في هذا الفراغ.				
الخطوة ٣				
قَم بتقرير الدخـل لجميع افراد الاسرة (تخطى هذ الخطوة إذا أجبت "نعم" للخطوة ٢)				

أ. دخل الطفل

أحيانا الأطفال في الأسرة يكسبون أو يتلقون دخل. يرجى تضمين إجمالي الدخل الذي يتم تلقيه من قبل جميع أفراد الأسرة المذكورين هنا في الخطوة ١.

ب. جميع أفراد الأسرة البالغين (بما في ذلك أنت)

اذكر جميع أفراد الأسرة غير المذكورين في الخطوة ١ (بما في ذلك أنت) حتى إذا كانوا لا يتلقون دخل. لكل فرد عائلي مذكور، إذا كان لا يتلقى دخل، قم بذكر إجمالي مبلغ الدخل (قبل الضرائب) لكل مصدر بالدولار فقط (وليس السنتات).

إذا كانوا لا يتلقون دخل من أي مصدر، اكتب "٠". إذا فمت بإدخال "٠" أو تركت أي حقول فارغة، فإنك تتعهد بأنه ليس هناك دخل لتفرد.

هل أنت غير متأكد من الدخل الذي ستقوم بتضمينه هنا؟

انقلب الصفحة وانظر في الرسوم البيانية تحت عنوان "مصادر الدخل" لمزيد من المعلومات.

مخطط "مصادر دخل الطفل" سيساعدك بقسم دخل الطفل.

مخطط "مصادر دخل البالغين" سيساعدك بقسم جميع أفراد العائلة البالغين.

كم مرة؟

أسبوعي	أسبوعين	مرة كل الشهر	مرتين في الشهر	شهريا
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

دخل طفل

\$				
----	--	--	--	--

كم مرة؟

أسبوعي	أسبوعين	مرة كل الشهر	مرتين في الشهر	شهريا
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

المساعدات العامة / دعم الطفل / النفقة

\$				
----	--	--	--	--

كم مرة؟

أسبوعي	أسبوعين	مرة كل الشهر	مرتين في الشهر	شهريا
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

الأرباح من العمل

\$				
----	--	--	--	--

كم مرة؟

أسبوعي	أسبوعين	مرة كل الشهر	مرتين في الشهر	شهريا
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

أسماء أفراد العائلة البالغين (الاسم الأول والأخير)

كم مرة؟

أسبوعي	أسبوعين	مرة كل الشهر	مرتين في الشهر	شهريا
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

مجموع أفراد الأسرة (الأطفال والكبار)

--	--

كم مرة؟

أسبوعي	أسبوعين	مرة كل الشهر	مرتين في الشهر	شهريا
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

مصادر الدخل الأخرى / التقاعد / جميع

\$				
----	--	--	--	--

كم مرة؟

أسبوعي	أسبوعين	مرة كل الشهر	مرتين في الشهر	شهريا
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

مصادر الدخل الأخرى

\$				
----	--	--	--	--

كم مرة؟

أسبوعي	أسبوعين	مرة كل الشهر	مرتين في الشهر	شهريا
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	<			

الخطوة ٤

معلومات الاتصال توقيع الكبار

أشهد (أتعهد) بأن جميع المعلومات في هذا الطلب والتي ذكرت عن الدخل صحيحة. أنا أتفهم أن هذه المعلومات أعطيت بخصوص تلقي التمويل الفدرالي وكذلك أن مسؤولين المدرسة قد يوثقوا (يفحصوا) هذه المعلومات. وأنا أدرك أنني إذا تعمدت تقديم معلومات كاذبة، فإن اطفالي ربما يفقدوا فوائد الجوات وأني قد أكون ملحق بموجب القوانين الفدرالية والولاية.

مدينة

الرمز البريدي

الهاتف للوصول اليك والبريد الإلكتروني(اختياري)

شقة #

تاريخ اليوم

مصدر الدخل للأطفال	
مصادر الدخل الطفل	مثال (أمثلة)
- الأرباح من العمل	- الطفل الذي لديه وظيفة منتظمة بدوام كامل أو دوام جزئي حيث يجني راتب أو أجره
- الضمان الاجتماعي - مدفوعات الإعاقة - فوائد الباقيين على قيد الحياة	- طفل مصاب بالعمى أو معاق ويتلقى فوائد ضمان اجتماعي والد/ة معاق أو متقاعد أو متوفى وأطفالهم يتلقوا فوائد الضمان الاجتماعي ي
- دخل من شخص خارج العائلة	- صديق أو فرد مقرب من العائلة يتفق بانتظام على الطفل
- دخل من أي مصدر آخر	- الطفل الذي يتلقى دخل منتظم من صندوق التقاعد الخاص أو المعاش السنوي أو الائتمان

مصدر الدخل للبالغين		
الأرباح من العمل	المساعدة العامة / النفقة / دعم الطفل	المعاشات / التقاعد / جميع مصادر الدخل الأخرى
- الراتب والأجور والمكافآت النقدية - صافي الدخل من العمل الحر (مزرعة أو الأعمال التجارية) إذا كنت في الجيش الأمريكي: - الراتب الأساسي والعلاوات النقدية (لا تشمل أجور القتال أو الخدمات الاجتماعية والأسرية أو بدل سكن تم خصصته) - حصص خارج قاعدة الإسكان والطعام والملابس	- إعانات البطالة - تعويضات العمال - دخل الضمان التكميلي (SSI) - المساعدة النقدية من الدولة أو الحكومة المحلية - مدفوعات النفقة - مدفوعات دعم الطفل نيبراحملا دناوف - فوائد المحاربين القدامى - تعويضات الإضراب عن العمل	- الضمان الاجتماعي (بما في ذلك المعاش السنوي لعمال السكة الحديدية المتقاعدين والفوائد الطبية والمدفوعات الشهرية للعاملين بمنجم الفحم) - المعاشات الخاصة أو تعويضات الإعاقة - دخل منتظم من الإئتمانات أو العقارات - المعاشات - دخل الاستثمار - الفائدة المكتسبة - إيرادات الإيجار - دفعات نقدية منتظمة من الأسر الخارجية

اختياري

هويات الأطفال العرقية والعنصرية

نحن مطالبون لسؤالك عن معلومات بشأن الانتماء العرقي لأطفالك. هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من أننا نقوم بخدمة مجتمعنا بالكامل. الرد على هذا القسم اختياري ولا يؤثر أهلية أطفالك للوجبات المجانية والمخفضة السعر.

الانتماء العرقي (اختر واحدة):

اسباني أو لاتيني

☐

ليس اسباني أو ليس لاتيني

☐

العرقي (اختر واحدة أو أكثر):

الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين

☐

أمريكي أسود أو إفريقي

☐

سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي

☐

أبيض

☐

تتطلب المدرسة الوطنية لبرنامج الغذاء المعلومات في هذا الطلب. لا يجب عليك إعطاء المعلومات ولكن إذا لم تعطيها، لا يمكننا أن نصادق على حق طفلك في الوجبات المجانية أو المخفضة السعر. يجب عليك تضمين الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي للفرد البالغ الذي وقع الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عندما تقدم بالنيابة عن طفل متبنى أو عندما تذكر رقم القضية لبرنامج المساعدة للتغذية التكميلية أو برنامج المساعدة للمعونات المؤقتة أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية أو معرف آخر لبرنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية لطفلك أو عندما تشير أن الفرد العائلي البالغ الذي وقع الطلب ليس له رقم ضمان اجتماعي. سوف نستخدم المعلومات الخاصة بك لتحديد ما إذا كان طفلك يستحق الوجبات المجانية أو المخفضة السعر. وأيضاً سنستخدمها لإدارة وتنفيذ برامج الفطور والغذاء. قد نتشارك معلومات الاستحقاق الخاصة بك مع التعليم، والصحة، وبرامج التغذية لمساعدتهم على تقييم أو تمويل أو تحديد الفوائد لبرامجهم ومدقق حسابات لمراجعة البرنامج ومسؤولين قانونيين للتنفيذ وذلك لمساعدتهم في النظر في انتهاكات قوانين البرنامج.

. بموجب قانون الحقوق المدنية الفدرالية و لوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية، وزارة الزراعة الأمريكية بوكالاتها ومكاتبها وموظفيها ومؤسساتها المشاركة فيها والتي تدير برامجها ممنوعة من التمييز على أساس العرق أو اللون أو الجنس أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الانتماء لأجل نشاط حقوقي منفي مسبق في اي برنامج ممول أو متولى من قبل وزارة الزراعة الأمريكية.

ذوو الاحتياجات الخاصة الذين يتطلّبون وسائل اتصال بديلة لمعلومات البرنامج (على سبيل المثال بريل، حروف طباعة كبيرة، شريط صوتي، لغة الإشارة الأمريكية الخ) ينبغي عليهم الاتصال بالوكالة (دولية أو محلية) حيث قاموا بالتقديم للمنافع. يستطيع الأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعاف السمع أو يعانون من إعاقات الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الاتحادية على الرقم ٦٣٢-٨٣٣٩ (٨٠٠). بالإضافة إلى ذلك، يجوز أن تقدم معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقدم شكوى للبرنامج عن التمييز، أملاً نموذج شكوى للبرنامج عن التمييز خاص بوزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027) تجده اونلاين على موقع http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html وبإمكانك أيضاً التقديم لأي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية أو اكتب رسالة معنونه لوزارة شاملة كل المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على ٨٦٦-٦٣٢-٩٩٩٢ . قدم طلبك المكتمل او رسالتك لوزارة الزراعة الأمريكية من خلال:

بريد:

وزارة الزراعة الأمريكية

مكتب الامين العام المساعد لشؤون حقوق المدنية

١٤٠٠ شارع الاستقلال, SW

واشنطن, ٢٠٢٥٠-٩٤١٠ DC

الفاكس: ٢٠٢-٧٤٤٢ ٦٩٠- (٢٠٢). أو

البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

هذه المؤسسة هي مزود الفرص المتكافئة.

لا أمت

يسرنا طفف

Annual Income Conversion: Weeklyx 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

How often?

Total Income

Household size

Categorical Eligibility

Eligibility:

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date