

小児栄養サービス

(小児栄養・健康ディレクター)

親または保護者の皆様へ：

お子様が学ぶためには、健康的な食事が必要です。シカモア (Sycamore) では登校日に毎日、健康的な給食を提供しています。朝食にかかる費用は幼稚園から6年生は1.55ドル、7年生から12年生は1.80ドルです。Edwin H. Greeneでは、幼稚園から6年生までは通常の昼食2.80ドル、特別な昼食3.05ドル、メニューの内容によってシカモア中学校 (SJH) では3.05ドル、3.55ドル、または4.05ドル、シカモア高校 (SHS) では3.05ドル、3.55ドル、4.05ドルとなっています。お子様の給食が、無料または割引の対象となる可能性があります。給食の内容が条件を満たしている場合、割引は朝食の場合30セント、昼食の場合40セントが適用されます。*すべての給食は、購入時に果物や野菜を選択する必要があります。本書類には、無料および割引価格の給食のお申し込み方法に関する情報が含まれています。以下は、手続きに関するよくある質問と回答です。

1. 無料や割引はどのような方が対象ですか？

- 補助的栄養支援プログラム (SNAP) またはOhio Works First (OWF) による給付を受けている世帯のお子様は、無料の給食を受けられる資格があります。
- 養育機関または裁判所の法的責任下にある里子は、無料の給食を受ける対象となります。
- 学校のHead Startプログラムに参加しているお子様は、無料の給食を受けられる資格があります。
- ホームレス、家出児童、または移民・難民の定義に合ったお子様は、無料の給食を受けられる資格があります。
- 世帯収入が連邦所得資格ガイドラインの基準以下である場合は、お子様は無料または割引価格の給食を受けられる可能性があります。世帯収入がこの図表の基準以下である場合は、お子様は無料または割引価格の給食を受ける資格が得られます。小児栄養サービスのスタッフが管理する本サービスに申し込みをしてください。

世帯規模：	年間の所得：	月の所得：	週の所得：
1	\$2	\$2,	\$
2	3 ,	,	
3	4 ,		
4	5 ,		
5	6 ,		1,
6			1,
7	7		1,
8			1,
追加1人当たり：			

2. 自分の子供がホームレス、移民/難民、または家出児童に該当するかどうかは、どのようにしてわかりますか？ 世帯の方々に定住所がない状態ですか？ シェルター、ホテル、または他の仮住まいとしての施設と一緒に暮らしていますか？ あなたの家族は季節ごとに引っ越しますか？ 以前家族または世帯を離れることを選んだお子様と一緒に暮らしていますか？ あなたの世帯のお子様がこの条件を満たしているが、無料の給食を受けられるであろう事実を知らされていなかった場合、513-686-1700に電話して、あなたの生活状況に関して `Octnl\ ko o gtn` と話してください。

3. 子供一人ひとりに対して申請書を記入する必要がありますか？ いいえ、世帯に含まれるすべてのお子様に対して1つの申請書を使用してください。記入が完了していない申請は承認できませんので、必要な情報をすべて記入してください。記入済みの書類をCNSまたは学校に返却してください。

4. オンラインで申し込むことはできますか？ はい！ 適否の結果をすぐに受け取れるよう、オンラインで申請することをお勧めします。

- オンラインでの申請方法：こちらのURLを入力してください。 <https://www.payschoolscentral.com/>
- これまでにユーザー名とパスワードを作成しておらず、ログインしたことがない場合は、ユーザー名とパスワードを作成してください
- このステップを完了すると、給食の申し込みのみが完了となります。

- 印刷可能の用紙は地区のウェブサイトにもあります：www.sycamoreschools.org – [サービス]タブの[小児栄養]をクリックします。
 - 印刷した用紙を使用する場合は、記入が完了次第、お子様の学校またはオハイオ州にある地区の事業所（5959 Hagewa Dr., Cincinnati, Ohio 45242）の小児栄養サービスに返送してください。

5. **自分の子供が当年度においてすでに無料の給食を承認されているという内容の手紙を受け取っている場合でも、申請書に記入する必要はありますか？**いいえ、受け取った手紙の内容をよく読んで指示に従ってください。世帯内のお子様は適格者通知から漏れている場合は、すぐに513-686-1796の小児栄養サービスに連絡してください。料金免除に関する情報を提出する必要がある場合もあります。

6. **私の子供の申し込みは昨年承認されました。新しい用紙に記入する必要がありますか？**はい。資格は申請した年度と、次年度の最初の数日間のみ有効です。お子様が新年度において資格があると学校側が言わない限り、新しい申請書を送る必要があります。学校が認める新しい申請書を提出しなかった場合、またはお子様が無料給食の対象となることを通知されていない場合、短い猶予期間を過ぎた後、9月の終わり頃に給食費の全額を請求されます。

7. **私はWICを受けています。子供は無料の給食を受けることができますか？**適格かどうかを確認するために申請書に記入してください。

8. **私が記入した情報はチェックされますか？**はい、書面による証明書を送付するよう依頼することがあります。連絡が取れない場合は、資格が失われる可能性があります。

9. **現時点で資格がない場合、後で申し込むことはできますか？**はい、年度内にいつでも、または世帯収入が規模が変わる場合は、申請することができます。

10. **申込みに関して、学校の決定に同意しない場合はどうなりますか？**提出済みの情報が正しいことを確認するため、まずは686-1796の小児栄養サービスに電話をする必要があります。また、電話（686-1700）あるいは次の宛先に書面で依頼して、地区会計係のlgppkNqi cpから内容を確認することもできます：[lgppkNqi cp District Treasurer, 5959 Hagewa Drive, Cincinnati, Ohio 45242](mailto:lgppkNqi.cp@DistrictTreasurer.com)

11. **世帯内に米国市民でない者がいても、申請できますか？**はい。あなたまたはあなたのお子様は、資格を得るために米国市民である必要はありません。

12. **収入が安定していない場合はどうすればよいですか？**通常得ている収入額をリストしてください。たとえば、通常は毎月1,000ドル稼いでいるのに、先月は仕事を休んで900ドルしか収入がなかった場合は、月々1,000ドルとして記入してください。残業を日常的にしている場合は、それも含めてください。残業は時々にはかきしない場合は含めないでください。失業した場合、または労働時間や給料が減った場合は、現在の収入を記入してください。

13. **世帯内に報告すべき収入がない者がいる場合はどうすればよいですか？**世帯構成員で、申請書への記載が必要な種類の収入を受け取っていない、または収入がまったく無い場合があります。この場合は、該当の欄に「0」と記入してください。ただし、いずれの収入項目も空白の場合、対応する収入もすべてゼロとしてカウントされます。収入欄が空白になっている場合、記入者の意思によるものと判断しますので、ご注意ください。また、収入がない場合は、名前の右側にある「収入なし」と書かれたボックスにチェックマークをつける必要があります。

14. **軍隊に所属しているのですが、別の方法で収入の報告をすべきですか？**基本給および現金賞与は所得として報告されなければなりません。基地外にある住宅、食糧、衣料品に対して金銭的価値のある手当が支給される場合も、所得としても報告しなければなりません。ただし、お住まいの住宅が軍関係者用住宅民営化イニシアティブ（Military Housing Privatization Initiative）の対象である場合は、その住宅手当を収入として含めないでください。軍隊配備による追加の危険特別手当は収入から除外されます。

15. **申込書に家族全員分の情報を記載するスペースがない場合はどうすればよいですか？**オンラインで申請してください！または記入できなかった方の分を別紙に記載して、申請書に添付してください。追加の申請書を使用して原本に添付することもできます。

16. **申請の際に私に料金免除の同意を求めるのはなぜですか？**オハイオ州の公立学校では、学校給食の無料または割引対象となる子供の学校の教育費を免除する必要があります。料金免除の対象となる者は学費、課外活動、サマースクール、全日制幼稚園など、シカモアの他のプログラムの対象となります。これらの料金免除を受けるにあたって、あなたの申請データを料金免除の責任者に共有することに同意する必要があります。同意しない場合、あなたはそれらの料金を支払う責任を負います。同意するかしないかは、お子様が給食の無料または割引対象となるかどうかには影響しません。

17. **私の家族はさらなる支援を必要としています。申請可能な他のプログラムはありますか？**SNAPやその他の支援特典への申請方法については、

地域の支援事業所か、877-852-0010に連絡してください。その他のご質問がある場合や支援が必要な場合は、CNS（686-1796）にお問い合わせください。

18. コンピュータにアクセスできないのでオンライン申請ができません。または、申請書を印刷するプリンタがありません。給食の無料および割引申請用の用紙はどこで入手できますか？ 地区の事業所またはお子様の学校に立ち寄ってください。事業所スタッフが印刷した申請書をお渡することもできます。また、CNSの事業所にメールで問い合わせ（zinneckerc@sycamoreschools.org）CNSの同僚が印刷した申請書を郵送することも可能です。漏れなく記入された申請書を受領するまで処理を行えないため、これにより申請手続きが遅れることに注意してください。

その他のご質問がある場合や、手書きまたは電子による申請において支援を必要とする場合は、月曜日から金曜日の午前8時から午後4時30分までの間に、シカモア小児栄養サービス（513-686-1796）までご連絡ください。NY Y gmo cp- 小児栄養・健康ディレクター

申請の手引き

ご家庭の状況に最も適した項目を探し、その指示に従ってください。この申請書において「世帯構成員」とは、あなたと同居している子供または大人を指します。ご質問がある場合は、CNS (513-686-1796) までご連絡ください。新しい申請書は、世帯内のシカモアに通うお子様およびその他のご家族の方をすべて含めて、学年ごとに手渡しまたはオンラインで提出しなければなりません。そうでなければ、生徒は給食にかかる料金を全額支払うことになります。申請が受理および承認されると、その日から給食の割引が発生します。承認前に発生した給食の費用は免除されず、親または保護者が責任を負います。

****給食プログラムおよびシカモア校区を初めてご利用の方は、右上のボックスにチェックマークをつけてください****

電子申請：

シカモア校区は現在、無料および割引価格の給食申請書の電子提出を提供しています。オンラインで申請するには<https://www.payschoolscentral.com/>にアクセスし、学生の給食に関するステータスの即時回答を受け取ってください。地区の事業所にある小児栄養サービスに立ち寄り、コンピュータを使ってオンラインで申請を完了してください。

補助的栄養支援プログラム (SNAP、旧フードスタンププログラム)、またはOHIO WORKS FIRST (OWF) による給付を受けている世帯は、以下の手順に従ってください。

****給食プログラムおよびシカモア校区を初めてご利用の方は、右上のボックスにチェックマークをつけてください****

パート1：世帯構成員全員と、それぞれの氏名の横にお子様の氏名、学校、および学年を記入します。

パート2：SNAPまたはOWFの特典を受けている世帯構成員がいる場合は、7桁のケース番号を記入してください。

パート3：必要な場合はチェックボックスにチェックマークをつけてください。

パート4：このパートは飛ばしてください。

パート5：他の料金免除の判断材料として申請書の内容を使用することに同意するか否かを選択します。署名および日付を記入してください。

パート6：この質問への回答は任意です。

パート7：書式にサインしてください。（この場合、社会保障番号の最後の4桁は必要ではありません）必要事項の記入が完了したら、お子様の学校、または小児栄養サービス (CNS) 事務所 (5959 Hagewa Drive) に提出してください。

****今年度、直接認定に関して小児栄養サービスから既に通知を受け取っている場合、この申請書を提出する必要はありません****

SNAPまたはOWFの特典を受けている人が世帯内におらず、かつ世帯内にホームレス、移民/難民、または家出児童に当たるお子様がいる場合は、下記の手順に従ってください。

パート1：世帯構成員全員と、子供それぞれの学校名と学年を記入してください。「世帯構成員」とは、あなたと同居している子供または大人を指します。

パート2：このパートは飛ばしてください。

パート3：申請するお子様がホームレス、移民/難民、または家出児童のいずれかである場合、該当するボックスにチェックマークをつけ、ホームレス・家出児童コーディネーターの koogtr@ に電話 (513-686-1700) でご連絡ください。

パート4：世帯内のお子様はパート3で有資格とならない場合に限り、記入してください。その他の世帯についての説明を参照してください。

パート5：他の料金免除の判断材料として申請書の内容を使用することに同意するか否かを選択します。署名および日付を記入してください。

パート6：この質問への回答は任意です。

パート7：書式にサインしてください。パート4に記入する必要がない場合は、社会保障番号の最後の4桁と記入してください。記入済みの申請書をお子様の学校または地区の事業所にあるCNSに提出してください。

世帯内のすべてのお子様は里子の場合は、下記の手順に従ってください。

パート1：世帯構成員全員と、子供それぞれの学校名と学年を記入してください。お子様が里子の場合はボックスにチェックマークをつけてください。

パート2：このパートは飛ばしてください。

パート3：このパートは飛ばしてください。

パート4：このパートは飛ばしてください。

パート5：他の料金免除の判断材料として申請書の内容を使用することに同意するか否かを選択します。署名および日付を記入してください。

パート6：この質問への回答は任意です。

パート7：書式にサインしてください。パート4に記入する必要がない場合は、社会保障番号の最後の4桁と記入してください。

記入済みの申請書をお子様の学校または地区の事業所にあるCNSに提出してください。

世帯内のお子様に里子がいる場合は、下記の手順に従ってください。

パート1：世帯構成員全員と、お子様の氏名、学校、および学年を記入します。子供を含む収入のないすべての人は、「収入なし」ボックスにチェックマークをつける必要があります。お子様が里子の場合はボックスにチェックマークをつけてください。

パート2：7桁のSNAPまたはOWFのケース番号がない場合、このパートは飛ばしてください。

パート3：世帯内のお子様はパート1有資格とならない場合に限り、記入してください。

パート4：成人の世帯構成員は、申請書に署名し、社会保障番号の最後の4桁を記入する必要があります（社会保障番号をお持ちでない場合はボックスにチェックマークをつけてください）。

パート5：他の料金免除の判断材料として申請書の内容を使用することに同意するか否かを選択します。署名および日付を記入してください。

パート6：この質問への回答は任意です。

パート7：書式にサインしてください。社会保障番号の最後の4桁を記入するか、番号がない場合はボックスにチェックマークをつけてください。必要事項の記入が完了したら、お子様の学校、または小児栄養サービス（5959 Hagewa Drive）に提出してください。

前項があなたの世帯に適用されない場合は、下記の手順に従ってください。

給食プログラムおよびシカモア校区を初めてご利用の方は、右上のボックスにチェックマークをつけてください

パート1：世帯構成員全員と、お子様の氏名、学校、および学年を記入します。子供を含む収入のないすべての人は、「収入なし」ボックスにチェックマークをつける必要があります。

パート2～3：これらのパートは飛ばしてください。

パート4：下記の手順に従って、今月または先月の世帯合計収入を報告してください。

- **項目1 - 名前**：収入のある世帯構成員全員を挙げてください
- **項目2 - 総所得および受け取りの頻度**：項目1に記載されている世帯構成員それぞれについて、その月に受け取ったそれぞれの収入の種類を記入してください。その金額を受け取る頻度（毎週か、2週間ごとか、月2回か、月1回か）を記入する必要があります。

所得：手取りではなく、必ず**総所得**を記入してください。総所得とは、税金やその他の控除 *前*の金額です。給与明細に記載されているはずですが、または上司から確認してください。

福祉、児童扶養、および扶養手当：それぞれの人が受け取った金額を記入してください。

退職金、社会保障、補足的保障所得（SSI）、復員軍人給付（VAベネフィット）、および障害者手当で得た収入：それぞれの人が受け取った金額を記入してください。

その他の収入：労働者災害補償、失業手当またはストライキ手当、同世帯以外の人からの定期的な寄付、およびその他の収入を記入してください。家族が養子縁組の仲介機関から受け取るWICの給付、連邦教育費、および養育費は含めないでください。自営業者である場合は、「勤労所得」の欄に経費控除後の所得を記入してください。これは自営ビジネス、農業、または不動産賃貸の欄です。Military Privatized Housing Initiativeに参加している、または危険特別手当を受けている場合は、これらの手当を所得として含めないでください。

パート5：他の料金免除の判断材料として申請書の内容を使用することに同意するか否かを選択します。署名および日付を記入してください。

パート6：この質問への回答は任意です。

パート7：書式にサインしてください。社会保障番号の最後の4桁を記入するか、番号がない場合はボックスにチェックマークをつけてください。必要事項の記入が完了したら、お子様の学校、または小児栄養サービス（5959 Hagewa Drive）に提出してください。

2026/47年連邦所得ガイドライン

世帯規模	年間所得	月間所得	週間所得
1	\$2	\$	\$
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
一人あたり：			

世帯収入がこの図表の基準以下である場合は、お子様は無料または割引価格の給食を受ける資格が得られます。

プライバシーに関して：ここではあなたが記入された情報をどのように使用するかについて説明します。

Richard B. Russell全米スクール・ランチ法では、この申請書にこの情報を記載することが求められています。情報をご提出いただく必要はありませんが、情報をご提出いただけない場合、お子様は無料または割引価格の給食を受けられる資格を承認することはできません。申請書に署名を行う成人の世帯構成員の社会保障番号の最後の4桁を記入する必要があります。里子を代理して申請する場合、または補助的栄養支援プログラム（SNAP）やOhio Works First（OWF）のケース番号、その他お子様を特定する番号を記載する場合、または申請書に署名する大人が社会保障番号を持っていない場合は、社会保障番号は必要ありません。ご提出していただいた情報を確認し、お子様が給食の無料または割引対象となるかどうか、また昼食および朝食プログラムの管理と実施の対象になるかどうかを決定します。資格情報は、評価、資金提供、あるいはプログラムの利点や監査人を決定する際の一助として教育、健康、栄養プログラムと共有される場合や、プログラム規則の違反を調査するため法執行官と共有される場合があります。

連邦民法および米農務省（USDA）の市民権の規制および政策に準拠し、USDA、USDAの代理店、事務所、従業員、およびUSDAプログラムに参加または管理する機関は、USDAによって実施または資金提供されたプログラムまたは活動において、人種、肌の色、国籍、性別、障害、年齢、または過去の市民権運動に対する報復にもとづいて行われる差別を禁止しています。

別の手段（点字、大きな活字での印刷、オーディオテープ、アメリカ手話など）でプログラムの情報を伝達する必要がある障害のある方は、給付を申請した機関（州または地方）に連絡する必要があります。聴覚障害、難聴または発語障害の方は、連邦リレーサービスを介して（800）877-8339でUSDAに連絡することができます。さらに、プログラムの情報は英語以外の言語でも利用可能です。

差別についての申し立てを提出するには、オンライン（http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html）またはUSDAの事業所から取得できるUSDAプログラム差別申立書（AD-3027）に記入するか、申立書で求められているすべての情報を記載して、USDA宛てに書面で報告してください。申立書のコピーを希望する場合は、（866）632-9992までご連絡ください。記入済みの申立書および手紙は以下のいずれかの方法で提出してください。

郵送： 米農務省公民権次官補室長官（宛先：1400 Independence Avenue, SW; Washington, D.C. 20250-9410）

ファックス： （202）690-7442、または

メール： program.intake@usda.gov

当機関は機会均等推進者です。

2019年6月3日改訂



2026/47年度学校給食の無料および割引申請書

各世帯に1つの申請書のみを必要とし、お子様の学校または小児栄養サービス

(5959 Hagewa Drive, Cincinnati, Ohio 45242) に提出します。

当地区は初めてで、および/または現在無料や割引料金の給食を受けていない場合は、このボックスにチェックマークをつけてください。

パート1 世帯構成員全員を挙げてください

世帯構成員全員の氏名 シカモアの生徒だけでなく、世帯構成員全員の氏名が必要 です。 (名字、ミドルネーム、名前をはっきりとご記入ください。)	お子様の学校名 シカモアの生徒のみ	学年	里子の場合はチェック 福祉機関または裁判所の法的責任。全員が里子 の場合、パート5へ飛んでください。	収入なしの 場合はチ ェ ッ ク
			<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"/>

パート2 給付

補助的栄養支援プログラム (SNAP) またはOhio Works First (OWF) の特典を受けている世帯構成員がいる場合は、7桁のケース番号を入力してパート5に進んでください。

ケース番号: _____

パート3 特別な生活環境

申請するお子様がホームレス、移民/難民、または家出児童のいずれかである場合は、該当するボックスにチェックマークをつけ、ホームレス・家出児童コーディネーターのO c t m l \ k o o g t n l に電話 (513-686-1702) にご連絡ください。

移民/難民 家出児童 ホームレス

パート4 総世帯収入 (控除前)

(収入の合計を該当する受取人の行に記入し、支払頻度の欄にチェックマークをつけてください)

世帯構成員を 挙げてくだ さい	仕事による 収入	給与受け取りの 頻度				支援プログラムに よる収入	支払頻度				給付による 収入	支払頻度				その他 の 収入	支払頻度			
		週間所得	2週間に1回	月に2回	月間所得		週間所得	2週間に1回	月に2回	月間所得		週間所得	2週間に1回	月に2回	月間所得		週間所得	2週間に1回	月に2回	月間所得
収入のある構成員の みを挙げてください	総所得 (控除前)					例: 福祉、児童扶 養、扶養手当など					例: 年金、退 職金、社会保 障、生活保護、 復員軍人給付 による収入					*全額は記載し ないでください				
	\$	<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"/>

パート5 料金免除 - 保護者による同意 (要署名)

料金免除を受けるにあたって、保護者は申請データを料金免除の責任者に共有することに同意する必要があります。同意しない場合、それらの料金を支払う責任を負います。同意するかしないかは、給食の無料または割引対象となるかどうかには影響しません。

はい、私は子供が以下にチェックマークをつけた項目の料金免除の対象となるかどうかを判断するために、申請内容が使用されることに同意します。 学費 サマースクール 全日制幼稚園の授業料 課外授業料 建物支援プログラム

いいえ、私は子供が以下にチェックマークをつけた項目の料金免除の対象となるかどうかを判断するために、申請内容が使用されることに同意しません。

学費 サマースクール 全日制幼稚園の授業料 課外授業料 建物支援プログラム

署名: _____ 日付: _____

*建物支援プログラムは通常、Holiday Baskets、Blessings in a Backpack、Prom TicketsなどのPTOによって運営されています。守秘義務は守られ、適切な学校職員のみが支援受給者の名前および住所を保持します。料金免除についてのご質問は、地区会計係事務室 (513.686.1700) までご連絡ください。

パート6 お子様の民族的および人種的アイデンティティ (オプション)

民族性を1つ選択してください: ヒ

スパニック系/ラテン系

非ヒスパニック系/非ラテン系

1つ以上選択してください (民族性に関係なく) :

アジア アメリカ先住民/アラスカ先住民

白人のハワイ先住民またはその他の 太平洋諸島の住民

黒人/アフリカ系アメリカ人

パート7 署名および社会保障番号 (要署名)

パート4の記入後、署名者は自分の社会保障番号の下4桁を記入するか、または「社会保障番号はありません」を○で囲みます。

私は本申請書のすべての情報が真実であり、すべての収入が報告されていることを証明 (約束) します。記載した情報に基づいて学校が連邦政府の資金を得ること、および学校関係者が情報を確認できることを理解しています。また、情報に意図的な虚偽の表現があった場合は、子供が学校給食で受けている資格を失う可能性があること、私が州法および連邦法の下で起訴される可能性があることを理解しています。

署名: _____ 氏名: _____ 日付: _____

住所: _____ メールアドレス: _____ 電話番号: _____

社会保障番号の最後の4桁: ____ ____ ____ ____ 社会保障番号はありません

OFFICE USE ONLY- REV 6/3/19. Total Income: \$ _____ Per: Week (x52), Every 2 Weeks (x26) Twice A Month (x24) Month (x12) Year
Household size: _____ Categorical Eligibility: _____ Free ____ Reduced ____ Denied ____ Reason: _____ Date Withdrawn: _____
DASL: _____ Determining Official's Initials: _____ Date: _____ Confirming Official's Initials: _____ Date: _____
Verifying Official's Signature: _____ Date: _____ **Verification Dates:** Notification: _____ 2nd Notice Sent: _____ Response: _____
Verification Result: No Change ____ Free to Reduced-Price ____ Free to Paid ____ Reduced-Price to Free ____ Reduced-Price to Paid ____ Results Sent: _____