

Child Nutrition Eligibility & Education Benefits Application 2024–25 (طلب تقديم للتأهل لبرامج تغذية الطفل ومزايا التعليم) – اسم المدرسة/المقاطعة

تقدم على الإنترنت: أدخل عنوان موقع معلومات المدرسة/المقاطعة هنا

هذا الطلب قد يؤولك ل: مزايا الوجبات و/أو مزايا EBT الصيفي (إذا كنت ملتحقًا بإحدى مدارس (NSLP/SBP) أو تخفيض المصاريف للبرامج الأخرى والأنشطة أو يساعد في تأمين التمويل لمقاطعة مدرستك. إذا كان طفلك (أطفالك) ملتحق (ملتحقين) بإحدى مدارس Community Eligibility Provision (تمويل المجتمعات بناءً على الأهلية، CEP) أو Provision 2 (التمويل 2)، لن يؤثر استكمال هذا الطلب على أهليتك لتلقي الوجبات من دون تكلفة.

أكمل هذا الطلب ووقعه وأعدّه إلى: أدخل العنوان الكامل لمعالجة الطلب هنا

ضع علامة هنا إذا تلقيت مزايا الوجبات العام الماضي:

1. أدرج أسماء جميع الطلاب المقيمين معك ويحضرون المدرسة. إذا كان الطالب في نظام الرعاية البديلة أو يواجه أزمة التشرد أو يتلقى خدمات تعليم للمهاجرين، وضح ذلك بوضع علامة "X" في الصندوق المناسب. قم بتضمين أي دخل شخصي يتلقاه الطالب وضع علامة "X" في الصندوق الصحيح لعدد مرات تلقيه للدخل. بلا مأوى مهاجر

الاسم الأخير للطلاب	الاسم الأول للطلاب	أول حرف أوسط	رقم التقييد	تاريخ الميلاد	المدرسة	الصف	دخل الطالب الشهري	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً
			<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"/>

2. إذا كان أي فرد من أفراد أسرتك (بما فيهم أنت) يشارك حالياً في واحد أو أكثر من برامج المساعدة التالية، برجاء كتابة رقم الحالة. إن لم يكن، برجاء الانتقال إلى الخطوة 3.

Basic Food (الطعام الأساسي) TANF Food Distribution Program on Indian Reservations (برنامج توزيع الطعام في المحميات الهندية، FDIPR) رقم الحالة: _____

3. أدرج أسماء جميع أفراد الأسرة الآخرين، وضع الدخل (برقم صحيح بالدولار) وضع علامة أمام عدد مرات تلقي الدخل. إذا كان فرد الأسرة لا يتلقى دخلاً، اكتب 0. إذا أدخلت الرقم 0 أو تركت خانات الدخل فارغة، فانت تعد بأنه لا يوجد دخل للإقرار به.

أسماء "جميع" أفراد الأسرة الآخرين (لا تذكر أسماء الطلاب المدرجين بالأعلى)	رقم التقييد	الدخل من العمل (قبل أي خصومات)	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً	المساعدة الحكومية/ نفقة الطفل/ نفقة الطلاق	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً	مدخرات التقاعد/ المعاشات/ الضمان الاجتماعي (SSI)	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً	أي دخل آخر غير مدرج قبل ذلك	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً
	<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"/>	<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"/>

4. إجمالي عدد أفراد الأسرة (بما فيهم جميع الأشخاص المقيمين في منزلك): آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لـ ضع علامة إن لم يكن هناك SSN:

المكتسب الأساسي للأجر أو فرد آخر من أفراد الأسرة (اختياري إذا كنت تتقدم لطلب EBT الصيفي فقط)

(لا بد أن يتساوى الإجمالي المذكور مع عدد أفراد الأسرة المدرجين أعلاه)

5. معلومات التواصل والتوقيع – أكمال هذا الطلب ووقعه وقم بإعادته إلى

أتعهد (أعد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة، وأن جميع مصادر الدخل تم الإقرار بها، وأن أسرتي لا تتلقى مزايا EBT الصيفية من خلال ولاية أخرى أو منظمة قبيلية هندية (إذا كان ذلك ينطبق علي). أفهم أن تلك المعلومات مقدمة فيما يتعلق باستلام الأموال الفيدرالية أو مزايا الولاية، وأنه يجوز لمسؤولي المدرسة التحقق من (مراجعة) المعلومات. كما أدرك أنه في حال تقديمي معلومات خاطئة عمداً، قد يفقد أطفالي هذه المزايا، وقد أخضع للمقاضاة بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها.

اسم فرد الأسرة البالغين مطبوعاً بحروف واضحة

توقيع فرد الأسرة البالغ

البريد الإلكتروني

عنوان المراسلة

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

الهاتف المتاح نهائياً

التاريخ

6. الهويات العرقية والأصول القومية للأطفال (اختياري) – مطلوب من أن نسل عن معلومات بشأن عرق طفلك (أطفالك) وأصوله (أصولهم) القومية. تُعد تلك المعلومات مهمة، حيث أنها تساعد على التأكد من خدمتنا لمجتمعنا بشكل كامل. إلا أن الإجابة على هذا القسم اختياري، ولا تؤثر على أهلية طفلك (أطفالك) للحصول على الوجبات المجانية أو مخفضة الثمن.

حدد واحد أو اثنين من الهويات العرقية: أمريكي هندي أو من سكان الاسكا الأصليين أسوي حدد واحدًا من الأصول القومية: إسباني أو لاتيني من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ الأخرى أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ليس من أصل إسباني أو لاتيني أبيض

الأهلية لتغذية الطفل: يتطلب Richard B. Russell National School Lunch Act (قانون Richard B. Russell الوطني للغذاء المدرسي) معلومات حول هذا الطلب لست مضطرًا لتقديم المعلومات، ولكن إذا لم تقدمها، لا يمكننا الموافقة على حصول طفلك على وجبات مجانية أو بسعر مخفض. يتعين إدراج الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي لأحد أفراد الأسرة البالغين الذي يقع على الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عند التقدم بالإجابة عن طفل محتضن، أو عند إدراج رقم حالة Supplemental Nutrition Assistance Program (برنامج المساعدة الغذائية التكميلية) (Basic Food) (الطعام الأساسي) أو برنامج Temporary Assistance for Needy Families (المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة) (TANF) أو Food Distribution Program on Indian Reservation (برنامج توزيع الطعام في المحميات الهندية، FDPIR) أو أرقام FDPIR تعريفية أخرى لطفلك، أو عند الإشارة إلى أن أحد أفراد الأسرة البالغين الموقَّع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سنستخدم معلوماتك لتحديد ما إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أم مخفضة، وكذلك في إدارة برامج الغذاء والإقطار وتنفيذها. يجوز لنا مشاركة معلومات استحقاقك مع برامج التعليم والصحة والتغذية من أجل مساعدتهم في تقييم أو تمويل أو تحديد الإعانات الخاصة ببرامجهم أو مع المراجعين لمراجعة البرنامج ومسؤولي إنفاذ القانون لمساعدتهم على النظر في انتهاكات قواعد البرامج.

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بـ U.S. Department of Agriculture (وزارة الزراعة الأمريكية، USDA)، فإن هذه المؤسسة ممنوعة من التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو السن أو الانتقام أو الثأر من نشاط سابق خاص بالحقوق المدنية.

قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. على ذوي الإعاقة الذي يحتاجون وسائل بديلة للتواصل من أجل الحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال: لغة برايل أو خطوط الطباعة الكبيرة أو التسجيل الصوتي أو American Sign Language (لغة الإشارة الأمريكية)) التواصل مع الولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية التي تدير البرنامج أو مركز USDA TARGET (مركز التكنولوجيا والموارد القابلة للوصول تعطي التوظيف اليوم التابع لوزارة الزراعة الأمريكية) على رقم (202) 2600-720 (صوتيًا و TTY) أو التواصل مع USDA من خلال Federal Relay Service (الخدمة الفيدرالية لتحويل الاتصالات) على رقم (800) 877-8339.

لتقديم شكوى عن التمييز في البرنامج، على المشتكى تعبئة نموذج AD-3027، وهو نموذج شكوى التمييز في برنامج USDA الذي يمكن الحصول عليه على الإنترنت عبر: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> أو من أي مكتب تابع لـ USDA (وزارة الزراعة الأمريكية) أو عبر الاتصال برقم (866) 632-9992 أو عن طريق كتابة رسالة إلى USDA. يجب أن يحتوي الخطاب على اسم مقدم الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصف خطي للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإخطار Assistant Secretary for Civil Rights (مساعد الأمين العام للحقوق المدنية، ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب تقديم نموذج AD-3027 أو الخطاب المكتمل إلى USDA عبر:

- البريد:
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- الفاكس:
(833) 256-1665 أو (202) 690-7442
- البريد الإلكتروني:
Program.Intake@usda.gov

تقدم هذه المؤسسة فرصًا متكافئة من دون تمييز.

أدخل اسم المقاطعة تصريح سياسة عدم التمييز في مقاطعة المدرسة

SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (لاستخدام المدرسة فقط - لا تكتب أسفل هذا الخط)

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Income Household Total Household Size _____ Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual
APPLICATION APPROVED FOR: Free Eligible Reduced-Price Eligible **APPLICATION DENIED BECAUSE:** Income Over Allowed Amount Incomplete/Missing Information Other: _____

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date