



# 2024-2025 Solicitação para Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido em Massachusetts

Se você recebeu uma comunicação intitulada **Aviso de Certificação Direta - GRATUITA** do distrito escolar para refeições gratuitas, **não** preencha este formulário. Se você recebeu uma comunicação intitulada **Aviso de Certificação Direta - PREÇO REDUZIDO** do distrito escolar para refeições a preço reduzido, você pode preencher esta solicitação e enviá-la. **Informe** a escola se alguma criança da família não estiver listada na carta de **Aviso de Certificação Direta - GRATUITA** que você recebeu. Preencha uma solicitação por família. Use uma caneta (não um lápis).

## ETAPA 1 Liste **TODOS** os membros da família que sejam bebês, crianças e estudantes até a 12ª série. Se precisar de espaço para mais nomes, anexe outra folha de papel.

Definição de **Membro do agregado familiar**: "Qualquer pessoa que esteja morando com você e compartilhe renda e despesas, mesmo que não seja parente." Crianças em **orfanato** e crianças que atendem à definição de **desabrigada, migrante ou fugitiva** são elegíveis para receber refeições gratuitas. Leia a parte **Como solicitar refeições escolares gratuitas e a preço reduzido** para mais informações.

Primeiro nome da criança	Iniciais do meio	Último nome da criança	Nome da escola	Série	Estudante? <i>Circule Sim ou Não</i>	Foster Child	Desabrigada	Migrante	Fugitiva
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ETAPA 2 Atualmente, algum membro do agregado familiar (incluindo você) participa de um ou mais dos seguintes programas de assistência: SNAP, TANF ou FDPIR?

Se **NÃO** > Continue para a ETAPA 3; Se **SIM** > Escreva o número de identificação da agência e continue para a ETAPA 4 (**não complete a ETAPA 3**). **O número do EBT não é aceito; a carta de aprovação do SNAP pode ser solicitada.**  
Agency ID Number (Número de identificação do caso):

## ETAPA 3 Informe a renda de **TODOS** os membros do agregado familiar (antes de impostos e deduções) (pule esta ETAPA se você respondeu "SIM" na ETAPA 2)

Consulte as tabelas intituladas "**Fontes e exemplos de renda**" para obter mais informações. O gráfico "**Fontes e exemplos de renda para crianças**" o ajudará com a seção renda para crianças. O gráfico "**Fontes de renda para adultos**" o ajudará com a seção todos os membros adultos da família.

### A. Renda da criança

Às vezes, crianças no agregado familiar ganham ou recebem renda. Por favor, inclua a renda total recebida (antes de impostos e deduções) por todos os membros do agregado familiar listados na ETAPA 1 aqui:

### B. Todos os membros adultos da família (incluindo você)

Liste todos os membros do agregado familiar não listados na ETAPA 1 (incluindo você), mesmo se eles não recebem renda. Para cada membro do agregado familiar indicado, se eles recebem renda, informe a renda total bruta (antes de impostos) para cada pessoa em dólares (sem centavos) somente. Se eles não recebem renda de qualquer fonte, escreva "0". Se você escrever "0" ou deixar quaisquer campos em branco, você está certificando (prometendo) que não há renda a ser declarada.

	Com que frequência?			
	Semanal	Quinzenal	2x por mês	Mensal
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nome dos membros **adultos** do agregado familiar (primeiro e último)


Renda do trabalho	Com que frequência?			
	Semanal	Quinzenal	2x por mês	Mensal
	<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"/>

Assistência Pública/Apoio à Criança/Pensão alimentícia	Com que frequência?			
	Semanal	Quinzenal	2x por mês	Mensal
	<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"/>

Pensões/Aposentadoria/Todas as outras rendas	Com que frequência?			
	Semanal	Quinzenal	2x por mês	Mensal
	<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"/>

Total de membros do agregado familiar (crianças e adultos)

Escreva os quatro últimos números do Social Security (Seguro Social) do assalariado primário ou outro membro adulto do agregado familiar.

XXX-XX-

Marque se não houver Social Security (Seguro Social)

## ETAPA 4 Informações de contato e assinatura do adulto

**Enviar o formulário preenchido para: Escritório de Nutrição Alimentar das Escolas Públicas de Barnstable: 744 West Main St, Hyannis, MA 02601**

"Certifico (prometo) que todas as informações contidas nesta solicitação são verdadeiras e que toda a renda foi declarada. Entendo que essas informações são fornecidas em conexão com o recebimento de fundos federais e que os funcionários da escola podem verificar (chegar) as informações. Estou ciente de que, se eu fornecer informações falsas propositalmente, meus filhos poderão perder os benefícios da refeição e eu poderei ser processado de acordo com as leis estaduais e federais aplicáveis."

Endereço (se disponível)

Nº do Apartamento

Cidade

Estado

CEP

Telefone e e-mail (opcional)

Nome impresso do adulto assinando o formulário

Assinatura do adulto

Data de hoje

Fontes e exemplos de renda para crianças
- A criança tem um emprego regular de período integral ou meio-período onde ganha um ou mais salários
- Uma criança é cega ou possui deficiência e recebe benefícios da Previdência Social
- Um parente está desativado, aposentado, ou falecido, e seu filho recebe pensões da previdência social
- Um membro familiar ou amigo(a) dá dinheiro para a criança gastar regularmente
- A criança recebe renda regular de um fundo de pensão privado, anuidade, ou de trust
- A criança recebe renda regular de um fundo de pensão privado, anuidade, ou de trust

Fontes de renda para adultos		
Rendas do trabalho	Assistência Pública/Pensão alimentícia/Apoio à Criança	Pensões/Aposentadoria/Todas as outras rendas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salário, bônus em dinheiro</li> <li>- Lucro líquido de auto-emprego (fazenda ou negócio)</li> <li>- <b>Se você está no Exército dos EUA:</b></li> <li>- Pagamento base e bônus em dinheiro (NÃO inclui pagamento de combate, FSSA ou subsídios de habitação privatizados)</li> <li>- Subsídios de habitação fora da base, alimentação e vestuário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Benefícios de desemprego</li> <li>- Compensação do trabalhador</li> <li>- Renda suplementar de segurança (SSI)</li> <li>- Assistência em dinheiro do Estado ou governo</li> <li>- Pagamentos de pensão alimentícia</li> <li>- Pagamentos de apoio à criança</li> <li>- Benefícios a veteranos</li> <li>- Benefícios de greve</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança Social (incluindo aposentadoria de ferrovia e seguro de pneumoconiose de mineiros de carvão)</li> <li>- Previdência Privada ou benefícios de deficiência</li> <li>- Renda regular de trusts ou propriedades</li> <li>- Anuidades</li> <li>- Renda de retorno de investimento</li> <li>- Juros ganhos</li> <li>- Renda de aluguel</li> <li>- Pagamentos regulares em dinheiro fora do agregado familiar</li> </ul>

**OPCIONAL**

Identidade étnica e racial das crianças. Essas informações são mantidas em confidencialidade e podem estar protegidas pela Lei de Privacidade de 1974.

**Etnia:**  Hispânico ou Latino  Não Hispânico ou Latino

**Raça (marque um ou mais):**  Índio americano ou nativo do Alasca  Asiático  Preto ou afro-americano  Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico  Branco

Somos obrigados a solicitar informações sobre a raça e a etnia de seus filhos. Essas informações são importantes e nos ajudam a garantir que estamos atendendo plenamente a nossa comunidade. Responder a esta seção é opcional e não afeta a elegibilidade de seus filhos para refeições gratuitas ou a preço reduzido.

**Declaração de uso de informações**

A Lei do Almoço Escolar Nacional de Richard B. Russell exige que usemos as informações deste formulário para verificar quem se qualifica para refeições gratuitas ou a preço reduzido. Só podemos aprovar formulários completos. Esteja ciente que temos o direito de compartilhar suas informações de qualificação com programas de educação, saúde e nutrição para ajudá-los a fornecer os benefícios do programa à sua família. Os inspetores e as autoridades policiais também podem usar suas informações para garantir que as regras do programa sejam cumpridas.

Por favor, forneça os quatro últimos números do Social Security (Seguro Social) do membro adulto da família que está assinando a aplicação. Se o adulto não tiver um, "Marque se não houver Social Security (Seguro Social)". As solicitações para crianças que são foster children não precisam listar um número de Seguro Social. As solicitações para crianças em domicílios que recebem o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) ou a Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) ou o Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) não precisam informar o número do Seguro Social.

Algumas crianças se qualificam para receber refeições gratuitas sem a necessidade de fazer uma solicitação. Entre em contato com a escola para obter refeições gratuitas para crianças que são foster children e para crianças desabrigadas, migrantes ou fugitivas.

**As informações de contato abaixo são exclusivamente para registrar uma reclamação de discriminação:**

De acordo com a lei federal de direitos civis e com os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade ou qualquer tipo de retaliação por atividades anteriores relacionadas a direitos civis. As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiências que necessitem de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fitas de áudio, linguagem americana de sinais) devem entrar em contato com o órgão estadual ou local responsável que administra o programa ou com o TARGET Center da USDA pelo telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entrar em contato com a USDA por meio do Federal Relay Service pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação de programa, o reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação de Discriminação de Programa do USDA que pode ser obtido on-line em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, em qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992 ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, o endereço, o número de telefone do reclamante e uma descrição por escrito da ação discriminatória alegada, com detalhes suficientes para informar o Secretário Assistente de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta devem ser enviados ao USDA por:

\* CORREIO: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

FAX: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou  
EMAIL: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

\* Não envie solicitações por correio para este endereço, somente reclamações de discriminação.

Esta instituição é uma fornecedora de oportunidades iguais.

**SOMENTE PARA USO ESCOLAR (A ESCOLA PREENCHERÁ ESSA PARTE)**

**Annual Income Conversion:** Weekly × 52, Every 2 Weeks × 26, Twice a Month × 24, Monthly × 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

**Total Income**

**How often?**

Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual
<input type="radio"/>				

**Household size**

**Categorical Eligibility**

**Eligibility**

Free	Reduced	Denied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Determining Official's Signature**

**Date**

**Confirming Official's Signature**

**Date**

**Verifying Official's Signature**

**Date**