

**CANDIDATURA 2024-25 DO AGREGADO PARA REFEIÇÕES GRATUITAS OU A PREÇO REDUZIDO
LAKE WASHINGTON SCHOOL DISTRICT**

Candidatura online: www.MySchoolApps.com

Esta candidatura pode qualificá-lo para: apoios de refeições, apoios EBT de verão (se inscrito numa escola NSLP/SBP), encargos reduzidos para outros programas e atividades e/ou financiamento seguro de apoio pelo seu distrito escolar. Se a(s) sua(s) criança(s) está(ão) inscrita(s) numa provisão de elegibilidade comunitária (CEP - Community Eligibility Provision), com apoio estatal HB1238, ou escola de provisão 2, o preenchimento deste formulário não terá impacto na sua elegibilidade para receber refeições gratuitamente.

Preencha uma candidatura online (preferencial) ou preencha, assine e devolva esta candidatura para: A escola da sua criança ou LWSD Business Services, 16250 NE 74th St., Redmond, WA 98052. Também pode imprimir a candidatura, assinar, digitalizar em formato PDF e enviar por e-mail para: F-RMealApp@lwsd.org

Verifique aqui se recebeu apoios de refeições no ano passado:

1. Indique **todos os estudantes** que vivem consigo e se encontram em regime escolar. Se o estudante estiver em acolhimento familiar, for sem-abrigo ou receber serviços de educação para migrantes, indique assinalando com um "X" a caixa apropriada. Inclua qualquer rendimento pessoal recebido pelo estudante e assinale com um "x" a caixa correta com a frequência com que recebeu. **Sem abrigo** **Migrante**

Apelido do estudante	Nome próprio do estudante	MI	Acolhimento familiar	Data de nascimento	Escola	Grau	Estudante Rendimento	Semanalmente	Bissemenalmente	2 X mês	Mensalmente
			<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. Se qualquer membro do agregado (incluindo você) atualmente participar num ou mais dos seguintes programas de assistência, indique o número de processo. Caso contrário, prossiga para o passo 3.

- Alimentação básica Assistência temporária para famílias carenciadas (TANF) Programa de distribuição alimentar nas reservas índias (FDIPR)

Número de processo: _____

3. Indique os nomes de todos os outros membros do agregado - Indique o rendimento (bruto em USD) e ASSINALE a frequência com que recebe. Se um membro do agregado não receber qualquer rendimento, indique 0. Se indicar 0 ou deixar as secções de rendimento vazias, está a declarar sob compromisso de honra que não existe rendimento a reportar.

Indique o nome de TODOS os outros membros do agregado (não inclua os estudantes acima indicados)	Acolhimento familiar	Rendimentos de trabalho (antes de quaisquer deduções)	Rendimentos de trabalho				Assistência pública/ Apoio infantil/ Pensão de alimentos	Assistência pública/ Apoio infantil/ Pensão de alimentos				Pensões/reforma/ Segurança Social (SSI)	Pensões/reforma/ Segurança Social (SSI)				Qualquer outro rendimento Ainda não indicado	Qualquer outro rendimento Ainda não indicado			
			Semanalmente	Bissemenalmente	2 X mês	Mensalmente		Semanalmente	Bissemenalmente	2 X mês	Mensalmente		Semanalmente	Bissemenalmente	2 X mês	Mensalmente		Semanalmente	Bissemenalmente	2 X mês	Mensalmente
	<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. **Total de membros do agregado (inclua todas as pessoas que vivem no seu agregado):** Últimos quatro dígitos do número da Segurança Social (SSN) de Assinale se não possui SSN:
(o total indicado deve ser igual ao número de membros do agregado acima indicado) **Assalariado principal ou outro membro do agregado** (Opcional se apenas se candidatar a EBT de verão)

5. **Informação de contacto e assinatura - Preencha, assin e devolva esta candidatura para:** F-RMealApp@lwsd.org
Eu declaro sob compromisso de honra que toda a informação nesta candidatura é verdadeira, que todo o rendimento foi reportado e que o meu agregado não recebe apoios EBT de verão de um estado ou organização de tribo índia diferente (se aplicável). Eu compreendo que a informação prestada se relaciona com o recebimento de apoios federais ou estatais e que as autoridades escolares podem verificar (investigar) a informação. Eu estou ciente de que se prestar propositadamente falsas informações, as minhas crianças podem perder estes apoios e eu posso ser processado de acordo com a legislação estatal e federal.

Nome em maiúsculas de membro adulto do agregado

Assinatura de membro adulto do agregado

Endereço de e-mail

Endereço postal

Cidade, estado e código postal

Telefone diurno

Data

6. **Identidade racial e étnica das crianças (Opcional) – Somos forçados a solicitar informação sobre a raça e etnia da(s) sua(s) criança(s). Esta informação é importante a ajuda a garantir que servimos na íntegra a nossa comunidade. A resposta a esta secção é opcional e não afeta a elegibilidade da(s) sua(s) criança(s) para refeições gratuitas ou a preço reduzido.**

Assinale oua ou mais identidades raciais:

Índio americano ou nativo do Alasca

Asiático

Negro, ou afro-americano

Nativo do Havai ou outra ilha do Pacífico

Caucasiano

Assinale uma identidade étnica:

Hispânico ou latino

Não hispânico ou latino

7. **Consentimento de partilha informação de elegibilidade para o programa de nutrição infantil apenas para apoios adicionais (Opcional):**

Se se qualificar para refeições gratuitas ou a preço reduzido, pode ser elegível para encargos gratuitos ou a preço reduzido para participação noutros programas escolares. O preenchimento desta secção é opcional e o não preenchimento desta secção não afeta a elegibilidade da sua criança para refeições gratuitas ou a preço reduzido. Apenas o nome e estado de elegibilidade do estudante serão partilhados e os indivíduos ou programas que receberem a informação sobre o estado de elegibilidade não irão partilhar esta informação com qualquer outra entidade ou programa. Indique o(s) programa(s) cujo estado de elegibilidade autoriza que seja partilhado ao preencher a secção abaixo. Desta forma autoriza apenas a divulgação do nome e estado de elegibilidade, não sendo permitida a partilha de informação adicional ou demográfica.

Assinale para participar	Título do programa escolar:	Como será usada a informação partilhada:
<input type="checkbox"/>	Atividades extracurriculares incluindo encargos com a Associated Student Body (ASB) e encargos com participação desportiva	Elegibilidade para isenção de encargos
<input type="checkbox"/>	Encargos com teste PSAT/SAT	Elegibilidade para isenção de encargos
<input type="checkbox"/>	Encargos com verão escolar	Elegibilidade para redução de encargos

Nome em maiúsculas do pai/responsável

Assinatura do pai/responsável

Data

Elegibilidade para nutrição infantil: A lei nacional sobre o almoço escolar de Richard B. Russell exige a informação desta candidatura. Não é obrigado a prestar a informação, mas se não o fizer não poderemos aprovar a sua criança para refeições gratuitas ou a preço reduzido. Deve incluir os últimos quatro dígitos do número da Segurança Social do membro adulto do agregado que assina a candidatura. Os últimos quatro dígitos do número da Segurança Social não são necessários se se candidatar em nome de uma criança em acolhimento familiar ou se indicar um número de processo de um programa de assistência de nutrição suplementar (Basic Food - alimentação básica), programa de assistência temporária para famílias carenciadas (TANF) ou programa de distribuição alimentar nas reservas índias (FDPIR) ou outro identificador FDPIR para a sua criança ou quando indicar que o membro adulto do agregado que assina a candidatura não possui um número de Segurança Social. Iremos usar a sua informação para determinar se a sua criança é ilegível para refeições gratuitas ou a preço reduzido e para administração e aplicação dos programas de pequeno-almoço e almoço. PODEMOS partilhar a sua informação de elegibilidade com programas de educação, saúde e nutrição para os ajudar a avaliar, financiar ou determinar apoios para os seus programas e ajudar os auditores de análises de programas e responsáveis de execução legal a encontrar violações das regras do programa.

De acordo com a lei de direitos civis federais e os regulamentos e políticas de direitos civis do departamento de agricultura dos EUA (USDA) esta instituição está proibida de qualquer discriminação com base na raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de género e orientação sexual), incapacidade, idade, ou represália ou retaliação por qualquer anterior atividade de direitos civis.

Pode estar disponível informação sobre o programa noutros idiomas para além do inglês. As pessoas portadoras de incapacidades que exigem outros meios de comunicação para obter informação sobre o programa (p. ex., Braille, caracteres grandes, gravação áudio, linguagem gestual americana), devem contactar a agência estatal ou local responsável que administra o programa ou o TARGET Center do USDA através do (202) 720-2600 (voz e TTY) ou contactar o USDA através do serviço de retransmissão estatal (Federal Relay Service) através do (800) 877-8339.

Para apresentar uma queixa sobre discriminação relativamente a um programa, o queixoso deve preencher um formulário AD-3027, podendo o formulário de queixa de discriminação relativamente a um programa do USDA ser obtido online através de: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, em qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992 ou enviando uma carta para o USDA. A carta deve incluir o nome, endereço, telefone do queixoso e uma descrição escrita da alegada ação discriminatória com detalhe suficiente para informar o secretário assistente dos direitos civis (ASCR - Assistant Secretary for Civil Rights) sobre a natureza e data da alegada violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou carta devem ser enviados para o USDA por:

1. **correio postal:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410 ou
2. **fax:**
(833) 256-1665 ou (202) 690-7442 ou
3. **email:**
Program.Intake@usda.gov

Esta instituição é um prestador de igualdade de oportunidades.

Declaração de não discriminação do Lake Washington School District

O Lake Washington School District fornece um tratamento e oportunidade de igualdade educacional para todos os estudantes em todos os aspetos dos programas académicos, de atividades ou emprego do Distrito sem discriminação. São publicados avisos anuais e contínuos de não discriminação em conformidade com a lei. Esta instituição é um prestador de igualdade de oportunidades

SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

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).

<p>LEA APPROVAL:</p> <p><input type="checkbox"/> Basic Food/TANF/FDPIR/Foster</p> <p><input type="checkbox"/> Income Household</p> <p>APPLICATION APPROVED FOR:</p> <p><input type="checkbox"/> Free Eligible</p> <p><input type="checkbox"/> Reduced-Price Eligible</p>	<p>APPLICATION DENIED BECAUSE:</p> <p><input type="checkbox"/> Income Over Allowed Amount</p> <p><input type="checkbox"/> Incomplete/Missing Information</p>	<p>Total Household Size _____</p> <p>Total Household Income \$ _____</p> <p>Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> 2x per Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/></p> <p>Other: _____</p>
--	---	---

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date