2025–26 Заявка, предоставляющая право на обеспечение детей питанием и получение образовательных услуг в учебном году - Auburn School District

Подайте заявку онлайн через систему Family Access Skyward: https://www.q.wa-k12.net/auburn

Подав эту заявку, вы можете получить право на: услуги по обеспечению питанием, продовольственную помощь по программе Summer Electronic Benefits Transfer (электронный перевод пособий во время летних каникул, Summer EBT) (если ребенок учится в школе, участвующей в National School Lunch Program (Национальная программа школьных обедов, NSLP) или School Breakfast Program (Программа школьных завтраков, SBP), снижение платы за участие в других программах и мероприятиях и/или помощь в обеспечении финансирования для вашего школьного округа. Auburn School District участвует в программе Community Eligibility Provision (программа обеспечения соответствующих сообществ продовольствием, CEP). Заполнение этой заявки не повлияет на ваше право получать питание бесплатно. **Заполните и подпишите эту заявку, а затем верните ее по адресу:** ***ASD Child Nutrition Services 1302 4th Street SW, Auburn, WA 98001*** PH: ***253-931-4972*** Email: Childnutrition@auburn.wednet.edu

Отметьте здесь, если в прошлом году вам предоставлялось обеспечение питанием: ☐

1. Укажите всех детей, которые проживают с вами и ходят в школу. Если учащийся живет в приемной семье, не имеет постоянного места жительства или получает услуги по обучению мигрантов, укажите это, поставив отметку «x» в соответствующем поле. Укажите все личные доходы, получаемые учащимся, и поставьте отметку «x» в соответствующем поле в зависимости от частоты их получения.

☐ Бездомные ☐ Мигранты

Фамилия учащегося	Имя учащегося	Средний инициал	Приемный ребенок	Дата рождения	Школа	Оценка	Доход учащегося	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. Если кто-либо из членов домохозяйства (включая вас) в настоящее время участвует в одной или нескольких программах помощи (из приведенных ниже), укажите номер дела. Если нет, перейдите к пункту 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Программа распределения продовольствия в индейских резервациях, FDPIR) Номер дела: _____

3. Укажите имена всех остальных членов домохозяйства. Укажите доход (с округлением до целого доллара) и ОТМЕТЬТЕ, как часто он поступает. Если член домохозяйства не получает дохода, напишите 0. Если вы укажете 0 или оставите разделы о доходах пустыми, вы подтверждаете, что не имеете дохода, о котором нужно сообщить.

Имена и фамилии ВСЕХ остальных членов домохозяйства (не указывайте детей, перечисленных выше)	Приемный ребенок	Доход от работы (до любых вычетов)	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц	Государственная помощь / пособие на ребенка / алименты	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц	Пенсии / пенсионное пособие / Supplemental Security Income (дополнительный социальный доход, SSI)	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц	Любой другой доход, не указанный ранее	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Общее число членов домохозяйства (учитывайте всех людей, проживающих в вашем домохозяйстве): _____
(общее число должно совпадать с числом членов домохозяйства, указанных выше)

Последние четыре цифры Social Security Number (номер социального страхования, SSN) (необязательно) _____ Отметьте, если у вас нет SSN: ☐

5. Контактные данные и подпись. Заполните и подпишите эту заявку, а затем верните ее:

Я подтверждаю (уверяю), что вся информация в этой заявке правдива, что все доходы указаны и что члены моего домохозяйства не получают услуги по программе Summer EBT через другую организацию на уровне штата или индейского племени (если применимо). Я понимаю, что эта информация предоставляется в связи с получением федеральной помощи или помощи на уровне штата и что сотрудники школы могут проверить эту информацию. Я осознаю, что в случае намеренного предоставления ложной информации мои дети могут лишиться этой помощи, а меня могут привлечь к ответственности в соответствии с действующими законами штата и федеральными законами.

Фамилия и имя взрослого члена домохозяйства печатными буквами

Подпись взрослого члена домохозяйства

Адрес электронной почты

Почтовый адрес

Город, штат, почтовый индекс

Домашний телефон

Дата

6. Расовая и этническая идентичность детей (необязательно). Мы обязаны задать вопросы о расе и этническом происхождении ваших детей. Эта информация важна, и благодаря ей мы можем в полной мере обслуживать наше сообщество. Вы можете отвечать на вопросы этого раздела по желанию. Ваши ответы не влияют на право ваших детей получать питание бесплатно или по сниженным ценам.

Отметьте одну или несколько расовых идентичностей:
- ☐ Американские индейцы или коренные народы
- ☐ Аляски Чернокожие или афроамериканцы
- ☐ Белые
- ☐ Азиаты
- ☐ Уроженцы Гавайских островов или других островов Тихого океана

Отметьте одну этническую идентичность:
- ☐ Испаноязычные или латиноамериканцы
- ☐ Не испаноязычные или латиноамериканцы

7. СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПРАВЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ДРУГИМ ШКОЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ на 2025/2026 учебный год

ДРУГИЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ (необязательно). Заполняя этот пункт, я разрешаю Службе питания детей (Child Nutrition Services) школьного округа Auburn School District (ASD) сообщать о праве моих детей на участие в программах помощи с питанием указанным программам в течение 2025/2026 учебного года. Вы должны отметить соответствующие поля для каждой программы, в которой хотите принять участие.

Фамилия учащегося	Имя учащегося	Дата рождения	Карты ASB	Спортивные мероприятия / физическая активность	Школьные экскурсии
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

Школьная программа	Как будет использоваться информация
Карты Associated Student Body (Объединенный ученический совет, ASB)	Для предоставления учащемуся бесплатной карты ASB.
Спортивные мероприятия / физическая активность	Для предоставления родителям сезонного семейного пропуска, который позволяет 2 взрослым и 2 братьям или сестрам бесплатно посещать все местные спортивные мероприятия, включая спортивные соревнования, игры и прочие мероприятия. Кроме того, учащимся предоставляется разрешение на посещение танцев.
Школьные экскурсии	Дополнительные сборы не взимаются во время школьных экскурсий.

Право ребенка на участие в программе помощи с питанием. Согласно Национальному закону Richard B. Russell о школьных обедах (Richard B. Russell National School Lunch Act), требуется указать определенную информацию в этой заявке. Вы не обязаны предоставлять эту информацию, но, если вы ее не предоставите, мы не сможем утвердить для вашего ребенка получение бесплатного питания или питания по сниженным ценам. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена домохозяйства, который подписывает заявку. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаете заявку от имени приемного ребенка или указываете номер дела по Программе продовольственной помощи (Supplemental Nutritional Assistance Program) (Basic Food), Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF) или Программе распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) (либо указываете другой идентификатор FDPIR) для вашего ребенка, а также если вы указываете, что у взрослого члена домохозяйства, подписавшего заявку, нет номера социального страхования. Мы будем использовать вашу информацию, чтобы определить, имеет ли ваш ребенок право на бесплатное питание или питание по сниженным ценам, а также для администрирования и обеспечения выполнения программ предоставления обедов и завтраков. Мы МОЖЕМ передавать информацию о вашем праве на участие следующим лицам: в программы образования, здравоохранения и питания, чтобы помочь им оценить, профинансировать или определить оказываемые услуги по их программам; аудиторам для проверки программ; а также сотрудникам правоохранительных органов, чтобы помочь им расследовать нарушения правил программы.

USDA Заявление о недопущении дискриминации.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав. Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в ответственное государственное или местное агентство, которое управляет программой, или в центр USDA TARGET по телефону (202) 720- 2600 (голос и телетайп) или связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ ad3027-russian.pdf, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992, или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

1. По почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary Civil Rights
1400 Independence Avenue SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

2. Факсом: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

3. еЭлектронной почтой: program.intake@usda.gov

Auburn School District Заявление о недопущении дискриминации.

Auburn School District не допускает дискриминации в каких-либо программах и видах активности на основании пола, расы, верований, религиозной принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, статуса ветерана или военнослужащего, сексуальной ориентации, гендерного самовыражения или гендерной самоидентификации, инвалидности, использования обученной собаки- поводыря или служебного животного, а также предоставляет равный доступ к участию в бойскаутском движении и других группах для детей и молодежи. Вопросами и жалобами, связанными с предполагаемой дискриминацией, занимается указанный ниже сотрудник.

Civil Rights Compliance Coordinator & Title IX CoordinatorStaff:
Jon Young, Assistant Superintendent of Human Resources
Phone: (253) 931-4932 | Email: jyoung@auburn.wednet.edu

Title IX Coordinator Students:
Rhonda Larson, Assistant Superintendent of Family Engagement & Student Success
Phone: (253) 931-4932 | Email: rlarson@auburn.wednet.edu

Это учреждение предоставляет равные возможности.

CNS OFFICE 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).

Total Household Size: _____

Total Household Income: $ _____
☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ 2x per Month ☐ Monthly ☐ Annual

App # 2025-26: _____ **Application Received Date:** _____

Elig: _____ **Reason:** _____ **Effective Date:** _____

By: _____ **Date Processed:** _____
CNS Staff Name