Auburn School District – 2025-26 کال له تغذيوي ارخه د ماشوم مستحق والی او د زده کړي امتيازاتو غوښتنليک

Pashto

د کورنۍ لاسرسي Skyward له لارې انلاين نوم ليکنه وکړئ: https://www.q.wa-k12.net/auburn

دغه غوښتنليک مو ښايي د لاندې مواردو لپاره ور جوړ کړي: د خوړو امتيازات، د Electronic Benefits Transfer (EBT) اوږې امتيازات (که په National School Lunch Program (NSLP)، د ښوونځي غرمې ډوډۍ ملي پروګرام/School Breakfast Program (د ښوونځي د سهارني پروګرام، SBP) ښوونځي کې شامل وئ)، د نورو پروګرامونو او فعاليتونو لپاره کم فيسونه او يا ستاسو د ښوونيزې حوزې لپاره تمويل خوندي کولو په برخه کې مرسته. Auburn School District د Community Eligibility Provision (CEP)، تولنې مستحق والي په چمتو کولو کې برخه اخلي چې د دغه غوښتنليک بشپړول به مو هغه پر مستحق والي اغېز ونه کړي چې له مخې يې وړيا خواړه ترلاسه کوئ.

دغه فورمه بشپړه، لاسليک او لاندې پتې ته يې واستوئ: *ASD Child Nutrition Services 1302 4th Street SW, Auburn, WA 98001* ټليفون: *253-931-4972* برېښنالیک: Childnutrition@auburn.wednet.edu

که مو تېر کال د خوړو امتيازات ترلاسه کړي وي، نو دغه خانه په نښه کړئ: ☐

1. هغه ټول زده کوونکي ليست کړئ چې له تاسو سره اوسي او ښوونځي ته ځي. که زده کوونکی تر پالنې لاندې وي، بې کورې تجربه کوي يا د کډوالي زده کړې خدمتونه ترلاسه کوي، په مناسبه خانه کې د "x" په اېښودو سره يې په ګوته کړئ. د زده کوونکي لخوا هر ډول ترلاسه کېدونکی شخصي عايد پکې شامل کړئ او په سمه خانه کې "x" کېږدئ چې څومره ځله ترلاسه کېږي.

☐ **بې کوره** ☐ **کډوال**

د زده کوونکي تخلص	د زده کوونکي نوم	MI	پالنه	د زيږېدو نېټه	ښوونځی	ټولګی	د زده کوونکي عايد	اونيز	دوه اونيز	2 x مياشتنی	مياشتنی
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. که د کورنۍ کوم غړی (د خپل خان په ګډون) اوسمهال په يوه يا ډېرو لاندې مرستندويه پروګرامونو کې برخه اخلي، په مهربانۍ سره د قضيې شمېره وليکئ. که يې نه اخلي، 3 ګام ته لاړ شئ.

☐ اساسي خواړه ☐ Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ، د ارمنو کورنيو لپاره لندمهاله مرسته) ☐ د Food Distribution Program on Indian Reservations (هند په ريزرويشنونو کې د خوړو ويش پروګرام، FDPIR)

د قضيې شمېره: _____

3. د کورنۍ د نورو ټولو غړو نومونه ليست کړئ- عايد دننه کړئ (په بشپړو ډالرو سره) او په نښه کړئ چې څو خله ترلاسه کېږي. که د کورنۍ غړی عايد نه ترلاسه کوي، 0 وليکئ. که تاسو 0 داخل کړئ يا د عايد برخې خالي پرېږدئ، په دې توګه ژمنه کوئ چې عايد نشته چې راپور يې ورکړئ.

د کورنۍ د نورو ټولو غړو نومونه (پورته ليست شوي زده کوونکي مه پکې شاملوئ)	پالنه	له کار څخه لاسته راغلي پيسې (تر هر ډول کسرونو مخکې)	اونيز	دوه اونيز	2 x مياشتنی	عامه مرسته/د ماشوم ملاتړ/نفقه	اونيز	دوه اونيز	2 x مياشتنی	مياشتنی	د پانګونې لپاره تقاعد پيسې/ تقاعد / تولنيز امنيت Supplemental Security Income (د امنيت بشپړوونکی عايد، SSI)	اونيز	دوه اونيز	2 x مياشتنی	مياشتنی	بل هر ډول عايد له مخکې ليست شوی نه دی	اونيز	دوه اونيز	2 x مياشتنی	مياشتنی
	☐	$	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. د کورنۍ ټول غړي (په خپله کورنۍ کې ټول هغه کسان شامل کړئ چې ستاسو په کور کې اوسېږي): _____

Social Security Number (SSN)، د تولنيز امنيت شمېرې ځلور وروستي اختياري عددونه _____

که SSN نشته وي، دغه خانه په نښه کړئ: ☐

(ټول ليست شوي موارد بايد د کورنۍ د غړو له هغه شمېر سره مساوي وي چې پورته ليست شوي)

5. د اړيکې معلومات او لاسليک - دغه فورمه بشپړه، لاسليک او لاندې پتې ته يې واستوئ:

زه تصديقوم (ژمنه کوم) چې په دغه غوښتنليک کې ټول معلومات سم دي، دا چې ټول عايد راپور شوی دی او دا چې زما کورنۍ د يوه بېل ايالتي يا هندي قبايلي سازمان (که د پلي کېدو ور وي) له لارې د اوږې EBT امتيازات نه ترلاسه کوي. زه پوهېږم چې دغه معلومات د فدرالي يا دولتي امتيازاتو د ترلاسه کولو په تړاو ورکړل شوي او دا چې د ښوونځي چارواکي ممکن معلومات تاييد کړي (په نښه کړي). زه خبر يم چې که په قصدي ډول ناسم معلومات پکې ورکړم، ماشومان مې ممکن دغه امتيازات له لاسه ورکړي او زه ممکن د نافذه ايالتي او فدرالي قوانينو له مخې محاکمه شم.

د کورنۍ د بالغ غړي روښانه نوم	د کورنۍ د بالغ غړي لاسليک	برېښنالیک پته

برېښنالیک پته	ښار، ايالت او زيپ کوډ	ورځنۍ د تليفون شمېره	نېټه

Pashto

له 2 څخه 1 پاڼه په مهربانۍ سره د 2 مخ لپاره شا ته لاړ شئ

6. **د ماشومانو نژادي او توکميز هويتونه (اختياري) – موږ اړ يو چې ستاسو د ماشوم (ماشومانو) د نژاد او توکم په اړه معلومات وغواړو. دغه معلومات مهم دي او په دې ډاډمنولو کې مرسته کوي چې موږ په بشپړه توګه خپلې ټولنې ته خدمت کوو. دغې برخې ته خواب ورکول اختياري دي او د وړيا او کم قيمته خوړو لپاره ستاسو د ماشوم پر مستحق والي اغېز نه کوي.**

يو يا ډېر توکميز هويتونه په نښه کړئ:

- ☐ هندي الاصله امريکايي د الاسکا بومي تور پوستي يا
- ☐ افريقايي الاصله امريکايي
- ☐ سپين پوستي
- ☐ آسيايي
- ☐ بومي هاوايي يا د ارام سمندر د بلې ټاپو اوسېدونکي

يو توکميز هويت په نښه کړئ:

- ☐ هسپانوي يا لاتيني الاصله
- ☐ هسپانوي يا لاتيني الاصله نه دی

7. **د 2025-26 ښوونيز کال لپاره د ښوونخيو نورو پروګرامونو لپاره د پروګرام پر شرايطو برابروالي د معلوماتو د شريکولو لپاره رضايت**

امتيازونه (اختياري) – د دغه پراو پشپړول د ماشومانو تغذيوي ASD خدمتونو ته اجازه ورکوي چې زما د زده کوونکو د خوړو مستحق والی د 2025-26 ښوونيز کال لپاره ښوونځي پروګرامونو سره شريک کړي. باید د هر هغه پروګرام لپاره خانې په نښه کړئ چې غواړئ برخه پکې واخلئ.

د زده کوونکي تخلص	د زده کوونکي نوم	د زيږېدو نېټه	ASB-سپورتي فعاليت	ساحوي سفر	اضافي - نصابي فعاليتونه
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

د ښوونځي پروګرام	معلومات به څنګه وکارول شي
ASB کارتونه	زده کوونکي ته دي وړيا ASB کارت چمتو شي.
ورزشکاري/فعاليتونه	د دې لپاره چې والدينو ته د کورنۍ فصلي کارت يا پاس ورکړي ترڅو 2 لوبانو او 2 خويندو ورونو ته اجازه ورکړي چې په وړيا توګه ټولو کورنيو ورزشي مراسمو او فعاليتونو ته ننوځي، چې په دې کې ورزشي پېښې يا مراسم، لوبې او نور فعاليتونه شاملېږي. دغه راز نځاوو ته د زده‌کوونکو شاملېدل پکې شاملېږي.
ساحوي سفرونه	د ساحوي سفر لپاره اضافي فيسونه معاف شوي.

له تغذيوي اړخه د ماشوم مستحق والی: د غرمې ډوډۍ Richard B. Russell National School قانون د دغه غوښتنليک په اړه معلوماتو ته اړتيا لري. تاسو بايد معلومات ورکړئ، خو که يې نه ورکوئ، موږ نه شو کولای ستاسو ماشوم د وړيا يا کم قيمت خوړو لپاره تاييد کړو. بايد د کورنۍ د داسي بالغ غړي د ټولنيز امنيت شمېرې وروستي څلور عددونه پکې شامل کړئ چې غوښتنليک لاسليک کوي. د ټولنيز امنيت شمېرې وروستي څلور عدد ته اړتيا نشته کله چې تاسو د رضا کار ماشوم په استازيتوب غوښتنه وکړئ يا تاسو د اضافي تغذيې مرستې پروګرام (اساسي خواړه) ليست کړئ، Temporary Assistance for Needy Families (د اړو کورنيو لپاره لنډمهاله مرستې، TANF) پروګرام يا Food Distribution Program on Indian Reservations (پروګرام يا د هند په ريزرويشنونو کې د خوړو ويش پروګرام ، FDPIR) د قضيې شمېره يا ستاسو د ماشوم لپاره بل FDPIR پېژندونکی يا کله چې تاسو په ګوته کړئ چې د کورنۍ لوی غړی چې غوښتنليک لاسليک کوي د ټولنيز امنيت شمېره نلري. موږ به مو له معلوماتو څخه د دې معلومولو لپاره کار واخلو چې آيا ستاسو ماشوم د وړيا يا کم قيمته خوړو او د غرمې او سهارني د پروګرامونو مديريت او پلي کولو لپاره مستحق دی کنه. موږ ممکن ستاسو د ورتيا معلومات ښوونيز، روغتيايي او تغذيوي پروګرامونو سره شريک کړو خو د دوی د پروګرامونو ارزونه، تمويل يا د امتيازاتو په ټاکلو کې مرسته وکړي، د پروګرام بياکتنې پلټونکي، او د قانون پلي کوونکي چارواکو سره مرسته وکړي چې د پروګرام قواعدو څخه سرغړونه وګوري.

د مرستندويه خوراکي توکو پروګرامونه (FNS) نوري ټولنيز ايالتي يا سيمه ييزي اداري او د هغوی فرعي اداري بايد دعدم تبعيض لاندينی بيانيه خپور کړي:

د فدرال مدني حقوقو قانون او د متحده ايالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مقرراتو او مدني حقوقو تګلارې سره سم دغه اداره د نژاد، رنګ، ملي منشاء، جنسيت (د جنسي هويت او جنسي تمايل په شمول)، معلوليت، سن، پر اساس تبعيض يا غچ اخيستنې يا د مخيکښي مدني حقوقو فعاليت له کبله د انتقام اخيستنې عمل ممنوع دی .د دې پروګرام په هکله معلومات کيدای شي په غير انګليسي ژبو کې هم د لاسرسۍ وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلوليت لري او يا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بديل ابزاره ته اړتيا لري (لکه د بريل ليکنه، د متن لوبې اندازې چاپ، غږيز نوار، د امريکايي اشاري ژبې) نو دغه کسان دې بايد ايالتي يا سيمه ييز مسؤل څوک چې دغه پروګرام پلي کوي يا USDA TARGET مرکز سره په 2600–720 (202) شمېره (د نه اورېدونکو لپاره غږ اومخابراتی آلې) سره اړيکه ونيسي يا USDA (د امريکې د متحده ايالاتو د کرنې وزارت) سره د فدرال بيا خپرولو خدماتو له لارې په دغه شمېره 8339–877 (800) اړيکه ونيسي.
د دې پروګرام پوری اروند د تبعيض شکايتونه بايد د شکايت کوونکي، د AD–3027 فورمه چې د USDA (د متحده ايالاتو د کرنې وزارت) د شکاياتو فورمه ده، لاندينی انټرنټي آدرس څخه د ترلاسه کولو وروسته بايد ډکه کړي USDA.د تاسو فورمه دغه https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-pashto.pdf
(د امريکې د متحده ايالاتو د کرنې وزارت) هر دفتر څخه دغې شمېرې 9992–632 (866) سره د اړيکې نولو سره يا د USDA (د امريکې د متحده ايالاتو د کرنې وزارت) پتې ته د ليک استولو له لارې ترلاسه کولی شئ. استول شوی مکتوب بايد د شکايت کوونکي نوم، پته، د ټلفون شمېره، او په ليکل شوی بڼه د تبعيضي عمل شرح د جزئيات بايد په کافی اندازه ذکر شوی وي تر څو د مدني حقوقو مرستندوی (ASCR) ته د دغه نقض په څرګندولو او د دغه نقض د نيټې او دغه مدني حقوقو د ادعا په اړه په سمه توګه اطلاع ورکړي. د AD–3027 تکميل شوی فورمه بايد USDA (د امريکې د متحده ايالاتو د کرنې وزارت) ته په لاندينی پتې ته واستول شوي.

(۱) پوستي آدرس: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(۲) د فکس شمېره: 1665-256 (833) يا 7442-690 (202) يا

(۳) برېښنالیک يا انټرنټی پته: program.intake@usda.gov

دغه اداره د مساوي فرصتونو برابرولو اداره ده

د Auburn School District د تبعيض نه کولو بيانيه

Auburn School District په هر ډول پروګرام يا د عمر، جنس، نسل، رنګ، عقيدې، دين، رنګ، ملي اصل، عمر، جنس، په درنښت رخصت شوي متقاعد پوځيان يا نظامي وضعيت، جنسي تمايل د جنسيت بيان يا هويت، معلوليت يا د روزل شوي سپي لارښود يا خدمت سپي کارولو پر اساس تبعيض نه کوي او د Boy Scouts او نورو ټاکل شويو د خوانانو ډلو ته مساوي لاسرسی چمتو کوي. لاندی کارکوونکي د پوښتنو او د ادعا شويو تبعيضونو د شکايتونو مديريت کولو لپاره خانګړي شوي دي:

د مدني حقونو د موافقت همغږی کوونکی او د Title IX همغږي کوونکي کارکوونکي:
Jon Young، د بشري سرچينو مرستيال سرپرست
تليفون: 4932-931 (253) | برېښنالیک: jyoung@auburn.wednet.edu

د Title IX همغږي کوونکي زده کوونکي:
Rhonda Larson، د ګورنۍ بنکېلتيا او زده کوونکي مرستيال سرپرست
برېا تليفون: (253) 931-4932 | برېښنالیک: rlarson@auburn.wednet.edu

CN S OFFIC E US E ONL Y - D O NO T WRIT E BELO W THI S LIN E

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

Pashto