Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Заявка на получение права на пособия по детскому питанию и образованию) в 2025–26 гг. – Наименование школы/округа

Заявление на определение права на участие в программе детского питания и получение образовательных льгот – Orting School District

Это заявка может дать вам право на: льготы на питание, летние льготы по EBT (если вы зачислены в школу NSLP/SBP), снижение платы за другие программы и мероприятия и (или) помощь в обеспечении финансирования вашего школьного округа. Если ваш ребенок (дети) зачислен (ы) в школу программы Community Eligibility Provision («Предоставление прав в рамках сообщества», CEP) или «Предоставление 2», заполнение этой заявки не повлияет на ваше право на бесплатное питание.

Заполните, подпишите и отправьте это заявление по следующему адресу: 121 Whitesell St. NE. Orting, WA 98360

Проверьте здесь, получали ли вы пособие на питание в прошлом году: ☐

1. Перечислите **всех проживающих с вами учащихся** , которые посещают школу. Если учащийся находится в приемной семье, является бездомным или получает услуги образования для мигрантов, укажите это, поставив «x» в соответствующем поле. Укажите все личные доходы, получаемые учащимся, и поставьте "x" в соответствующей графе, с указанием того, как часто он их получает. ☐ **Бездомный** ☐ **Мигрант**

Фамилия учащегося	Имя учащегося	Инициал отчества	Приемная-ясемья	Дата рождения	Школа	Класс	Доход учащегося	Еженедельно	Раз в две недели	2 раза в месяц	Ежемесячно
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

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

☐ Basic Food (Программа основных продуктов питания) ☐ TANF (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям) ☐ Food Distribution Program on Indian Reservations (FDIPR) (Программа распределения продуктов в индейских резервациях) Номер дела: _____

3. Перечислите имена всех остальных членов семьи – введите доход (в долларах без центов) и ОТМЕТЬТЕ, как часто его получали. Если член семьи не имеет дохода, укажите "0". Если вы указываете «0» или оставляете какие-либо поля пустыми, то вы подтверждаете, что доход отсутствует.

Имена ВСЕХ других членов семьи (не указывайте учащихся, перечисленных выше)	Приемная семья	Заработная плата (до вычетов)	Еженедельно	Раз в две недели	2 раза в месяц	Ежемесячно	Государственная помощь / пособие на ребенка / алименты	Еженедельно	Раз в две недели	2 раза в месяц	Ежемесячно	Пенсии / пенсионные выплаты / социальное обеспечение (SSI)	Еженедельно	Раз в две недели	2 раза в месяц	Ежемесячно	Любой другой доход, не указанный выше	Еженедельно	Раз в две недели	2 раза в месяц	Ежемесячно
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Общее количество членов семьи (включая всех людей, проживающих в вашей семье): ☐ **Последние четыре цифры номера социального страхования (SSN)** Отметьте ☐, если SSN отсутствует: ☐ (общее количество членов семьи должно равняться числу членов семьи, перечисленных выше) **Основной кормилец или другой член семьи** (*необязательно, если вы подаете заявление только на летние EBT)*

5. Контактная информация и подпись – **Заполните, подпишите и отправьте это заявление по адресу:**

Я подтверждаю (заявляю), что вся информация в этой заявке верна, что все доходы указаны и что моя семья не получает летние льготы EBT в другом штате или от другой организации индейских племен (если применимо). Я понимаю, что эта информация предоставляется в связи с получением федеральных или государственных пособий и что представители школы могут проверить (верифицировать) эту информацию. Я осознаю, что если я намеренно предоставляю ложные сведения, мои дети могут лишиться этих льгот, а я могу подвергнуться судебному преследованию в соответствии с применимыми законами штата и федеральными законами.

ФИО взрослого члена семьи печатными буквами _____

Подпись взрослого члена семьи _____

Адрес электронной почты _____

Почтовый адрес _____

Город, штат, почтовый индекс _____

Домашний телефон _____

Дата _____

6. Расовая и этническая принадлежность детей (По желанию) – Мы обязаны запросить информацию о расе и этнической принадлежности ваших детей. Эта информация важна и помогает убедиться, что мы в полной мере служим нашему местному обществу. Заполнение этого раздела не является обязательным и не влияет на право ваших детей на бесплатное или льготное питание.

Оотметьте одну или несколько расовых принадлежностей:

- ☐ Американский индеец (индианка) или коренной житель Аляски
- ☐ Азиат
- ☐ Чернокожий(-ая) или афроамериканец(-ка)
- ☐ Коренной житель Гавайских или тихоокеанских островов
- ☐ Белый

Отметьте одну этническую принадлежность:

- ☐ Представитель испаноязычного населения или латиноамериканец
- ☐ Не представитель испаноязычного населения или нелатиноамериканец

Право на детское питание: Национальный закон Richard B. Russell «О школьных обедах» требует предоставления определенной информации при подаче заявления. Вы не обязаны сообщать ее, но в этом случае мы не сможем предоставить ребенку бесплатное или льготное питание. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, который подпишет заявление. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаете заявление от имени приемного ребенка, если указываете номер дела программы Supplemental Nutrition Assistance Program (Basic Food (Основные продукты питания)) (Программа льготной покупки продуктов), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям) или Food Distribution Program on Indian Reservations (Программа распределения продуктов в индейских резервациях, FDPIR) или другой идентификатор FDPIR для своего ребенка, или если указываете, что взрослый член семьи, который подписывает заявление, не имеет номера социального страхования. Мы используем предоставляемую информацию для определения прав ребенка на льготное питание, а также для функционирования программы завтраков и обедов. Мы МОЖЕМ передать вашу информацию о соответствии требованиям в программы образования, здравоохранения и питания для того, чтобы помочь им оценить, финансировать или определить пособия для своих программ, аудиторов для рассмотрения программ, а также сотрудников правоохранительных органов, чтобы помочь им расследовать нарушения правил программ.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами, а также политикой U.S. Department of Agriculture (Министерства сельского хозяйства США, USDA) в области гражданских прав этому учреждению запрещена дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), инвалидности, возраста, а также какие-либо санкции за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может предоставляться на других языках, кроме английского. Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, American Sign Language (американский язык жестов)), следует обратиться в ответственный государственный или местный орган, который управляет программой, или в Центр TARGET USDA по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и телетайп) или связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, истец должен заполнить форму AD-3027, форму Жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA, которую можно получить онлайн по адресу https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf в любом офисе USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992 или написав письмо, адресованное USDA. Письмо должно содержать имя, адрес, номер телефона заявителя и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной степенью подробности, чтобы проинформировать Assistant Secretary for Civil Rights (Секретаря-ассистента по гражданским правам, ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную Форму AD-3027 или письмо нужно отправить в USDA:

1. **почтой:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410; или
2. **по факсу:**
   (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. **по электронной почте:**
   Program.Intake@usda.gov

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.

ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОЛЬКО ШКОЛОЙ – НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ

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 _____

Total Household Income $_____

Weekly	Bi-Weekly	2x per Month	Monthly	Annual
☐	☐	☐	☐	☐

APPLICATION APPROVED FOR: ☐ Free Eligible ☐ Reduced-Price Eligible

APPLICATION DENIED BECAUSE: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Other: _____ ☐ Incomplete/Missing Information

_____ Date Notice Sent

_____ Signature of Approving Official

_____ Date