Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Заява на отримання пільг на дитяче харчування та освіту) 2025–26 рр. — назва школи/району

Заява на визначення права на участь у програмі дитячого харчування та отримання освітніх пільг – Orting School District

Ця заява може дати вам право на: пільги на харчування, літні пільги EBT (якщо дитина навчається у школі NSLP/SBP), знижені плати на інші програми та заходи та/або допоможе забезпечити фінансування вашого шкільного округу. Якщо ваша(і) дитина (діти) навчається(ються) у школі, де діє програма Community Eligibility Provision (Надання харчування у відповідних школах, CEP) або де діє програма Provision 2, заповнення цієї заяви не вплине на ваше право на безкоштовне харчування.

Заповніть, підпишіть та надішліть цю заяву на адресу: 121 Whitesell St. NE, Orting, WA 98360

Вкажіть тут, якщо отримували ви пільги на харчування минулого року: ☐

1. Перелічіть **усіх учнів** , які проживають разом з вами і відвідують школу. Якщо учень перебуває у прийомній сім'ї, є безпритульним або отримує послуги з навчання мігрантів, вкажіть це, поставивши «х» у відповідному полі. Укажіть будь-який особистий дохід, отриманий студентом, і поставте «х» у відповідному полі щодо регулярності його отримання. ☐ **Безпритульний** ☐ **Мігрант**

Прізвище учня	Ім'я студента	MI	Усиновлений	Дата народження	Школа	Клас	Дохід учня	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в місяць	Щомісяця
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. Якщо хтось із членів домогосподарства (включно з вами) зараз бере участь в одній або кількох із наведених нижче програм допомоги, вкажіть номер справи. Якщо ні, перейдіть до кроку 3.

☐ Basic Food (Основні продукти харчування) ☐ TANF ☐ Food Distribution Program on Indian Reservations (Програма розповсюдження їжі в індіанських резерваціях, FDPIR) Номер справи: _____

3. Перелічіть імена всіх інших членів домогосподарства, вкажіть дохід (у доларах) і ЗАЗНАЧТЕ регулярність. Якщо член домогосподарства не отримує доходу, вкажіть 0. Якщо ви вкажіть 0 або залишите розділ доходу порожнім, ви даєте зобов'язання, що дохід, який необхідно вказати, відсутній.

Імена ВСІХ членів домогосподарства (не включайте учнів, вказаних вище)	Усиновлений	Дохід від роботи (до будь-яких відрахувань)	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в місяць	Щомісяця	Державна допомога/допомога на утримання дитини/аліменти	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в місяць	Щомісяця	Пенсії/субсидії/соціальне забезпечення (SSI)	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в місяць	Щомісяця	Будь-який інший дохід, який ще не вказано	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в місяць	Щомісяця
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Загальна кількість членів домогосподарства (включаючи всіх людей, які живуть у вашому домогосподарстві): ☐ **Останні чотири цифри номера соціального страхування (SSN)** Вкажіть FORMTEXT, якщо SSN відсутній: ☐

(загальна кількість членів домогосподарства має дорівнювати числу, вказаному вище)

Основного годувальника сім'ї або іншого члена домогосподарства
(Необов'язково,*якщо подається лише заява на літній EBT)*

5. Контактна інформація та підпис – заповніть, підпишіть та надішліть цю заяву на адресу:

Я підтверджую (обіцяю), що вся інформація в цій заяві є правдивою, що всі доходи вказані, і що моє домогосподарство не отримує літні пільги EBT в іншому штаті або через індіанську племінну організацію (залежно від обставин). Я розумію, що ця інформація надана у зв'язку з отриманням пільг на федеральному рівні чи на рівні штату, і що посадові особи школи можуть перевірити цю інформацію. Я усвідомлюю, що якщо я навмисно надам неправдиву інформацію, мої діти можуть позбутися цих пільг, і я можу бути притягнутий(а) до відповідальності відповідно до застосовних законів штату і федеральних законів.

П.І.Б. дорослого члена домогосподарства _____

Підпис дорослого члена домогосподарства _____

Адреса ел. пошти _____

Поштова адреса _____

Місто, штат і поштовий індекс _____

Номер телефону для денного зв'язку _____

Дата _____

6. Расова та етнічна приналежність дітей (необов'язково) – ми зобов'язані запросити інформацію про расову та етнічну приналежність вашої(их) дитини (дітей). Це важлива інформація, яка допомагає нам переконатися, що ми в повній мірі служимо нашій спільноті. Відповідати на запитання в цьому розділі є необов'язковим та не впливає на право вашої(их) дитини (дітей) на безкоштовне харчування та харчування за зниженими цінами.

Позначте однучи кілька расових приналежностей:
- ☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски, Азіат
- ☐ Темношкірий(-а) або афро-американець(-ка)
- ☐ Корінний гаваєць(-ка) або уродженець(-ка) островів
- ☐ Білий

Позначте одну етнічну приналежність:
- ☐ Тихого океану Латиноамериканець
- ☐ Не латиноамериканець

Право на отримання дитячого харчування: Згідно Національному закону про шкільні обіди Richard B. Russell вимагається надавати інформацію в цій заяві. Ви не зобов'язані надавати інформацію, але якщо ви цього не зробите, ми не можемо схвалити участь вашої дитини в програмі отримання безкоштовного харчування або харчування за зниженими цінами. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування дорослого члена сім'ї, який підписує заяву. Останні чотири цифри номера соціального страхування не потрібні, коли ви подаєте заяву від імені прийомної дитини або вказуєте номер справи або інший FDPIR-ідентифікатор дитини в програмах Supplemental Nutrition Assistance Program (Додаткової допомоги в харчуванні) (Basic Food (Основні продукти харчування)), Temporary Assistance for Needy Families (Тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям, TANF) чи Food Distribution Program on Indian Reservations (Програма розповсюдження їжі в індіанських резерваціях, FDPIR), або якщо ви вказуєте, що дорослий член домогосподарства, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ми використовуватимемо вашу інформацію, щоб визначити, чи має ваша дитина право на безкоштовне харчування чи на харчування за зниженими цінами, а також для адміністрування та забезпечення виконання програм надання обідів і сніданків. Ми МОЖЕМО передавати інформацію про відповідність вимогам програмам освіти, охорони здоров'я та харчування, щоб допомогти їм оцінити, профінансувати або визначити пільги для своїх програм, аудиторам для перевірки програм і співробітникам правоохоронних органів, щоб допомогти їм розібратися в порушеннях правил програми.

Згідно з федеральним законом про громадянські права та положеннями й політикою щодо громадянських прав U.S. Department of Agriculture (Міністерства сільського господарства США, USDA) у цій установі заборонена дискримінація за ознаками раси, кольором шкіри, національним походженням, статтю (включно з гендерною ідентичністю та сексуальною орієнтацією), інвалідністю, віком, та репресій чи помста за попередню діяльність у сфері громадянських прав.

Інформація про програму може надаватись іншими мовами, крім англійської. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів), мають звернутися до відповідного державного чи місцевого органу, який адмініструє програму, або до Центру TARGET USDA за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок та TTY), або до USDA через федеральну службу комутованих повідомлень за телефоном (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу на дискримінацію за програмою, Заявник має заповнити форму AD-3027, Форму скарги на дискримінацію за програмою USDA, яку можна отримати на сайті https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, в будь-якому офісі USDA, зателефонувавши за номером (866) 632-9992, або написавши листа на адресу USDA. Лист має містити ім'я позивача, адресу, номер телефону та письмовий опис передбачуваної дискримінаційної дії з достатньою кількістю подробиць, щоб повідомити Assistant Secretary for Civil Rights (помічника міністра з громадянських прав, ASCR) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до USDA одним із зазначених способів:

1. **Пошта:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410; або
2. **Факс:**
   (833) 256-1665 або (202) 690-7442; або
3. **Електронна пошта:**
   Program.Intake@usda.gov

Ця установа є постачальником рівних можливостей.
Шкільний округ Ортінг не здійснює дискримінацію в жодних програмах чи заходах за ознаками статі, раси, віросповідання, релігії, кольору шкіри, національного походження, віку, статусу ветерана чи військової служби, сексуальної орієнтації, гендерного вираження чи ідентичності, інвалідності, сімейного стану або використання спеціально навченої собаки-поводиря чи тварини-помічника, та забезпечує рівний доступ до організації Boy Scouts та інших визначених молодіжних груп. Наступні працівники призначені для розгляду питань і скарг щодо ймовірної дискримінації, і їхні офіси розташовані за адресою: 121 Whitesell St NE, Orting, WA 98360:

Координатор з дотримання цивільних прав / Title IX / ADA: Керрі Джой, директор з питань кадрів, 360-893-6500, доб. 4028, joyc@orting.wednet.edu;

Координатор розділу 504: д-р Дженніфер Вестовер, виконавчий директор з питань підтримки студентів, 360-893-6500, доб. 4027, westoverj@orting.wednet.edu.

Інформацію про політику недискримінації та дискримінації за ознакою статі, процедури подання скарг та порядок повідомлення про занепокоєння чи скаргу можна знайти тут. Запити щодо Title IX також можна надсилати до Міністерства освіти США, Управління з питань громадянських прав.

ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ЛИШЕ ШКОЛОЮ – НЕ ПИШІТЬ ПІД ЦИМ РЯДКОМ

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