

**2025-2026 年申请免费和减价校餐**

学校在提供免费膳食的同时，必须建立免费和减价资格。请为您的孩子（任）完成免费和减价膳食申请，然后签名并将其**返回**给下面列出的地址。如果您需要帮助，请致电 **516-364-5651**。其他名称可能列在单独的论文中。

将填妥的申请寄回至：**SYOSSET 中央学区，商务办公室**  
**邮政信箱 9029，SYOSSET，NY 11791**

## 1. 列出您家中所有上学的孩子：

学生姓名	学校	年级/教师	养子	无家可归的移民， 离家出走
			<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. SNAP/TANF/FDPIR 的好处：

如果您家中的任何人领取 SNAP、TANF 或 FDPIR 福利，请在此处列出他们的姓名和 CASE #。跳至第 4 部分并签署申请。

名称：\_\_\_\_\_ 案例 #：\_\_\_\_\_

## 3. 报告所有家庭成员的所有收入（如果您完成了第 2 步，请跳过此步骤）

**所有家庭成员（包括您自己和所有收入的子女）。**

列出第 1 步中未列出的所有家庭成员（包括您自己），即使他们没有收入。

对于列出的每个家庭成员，如果他们确实收到了收入，请仅以整数美元报告每个来源的总收入。如果他们没有任何其他来源获得收入，请填写 '0'。

如果您输入“0”或将任何字段留空，则表示您证明（承诺）没有要报告的收入。

住户成员姓名	工作收入 扣除前 金额 / 频率	子女抚养费、赡养费 金额 / 频率	养老金、退休 付款 金额 / 频率	其他收入、社会保障 金额 / 频率	无收入
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

住户成员总数（儿童和成人）

\*社会安全号码的最后四位数字：xxx-XX- \_\_\_\_\_

我没有  
SS#

\*填写第 3 部分时，成年家庭成员必须提供其社会安全号码（SS#）的最后四位数字或标记“我没有 SS# 框”，然后才能批准申请。

## 4. 签名：此申请必须由成年家庭成员签署，然后才能获得批准。

我证明（承诺）此应用程序上的所有信息都是真实的，并且所有收入都已报告。

我知道提供信息是为了让学校获得联邦资金；学校官员可能会核实这些信息，如果我故意提供虚假信息，我可能会根据适用的州和联邦法律被起诉，我的孩子可能会失去膳食福利。

签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

电子邮件地址：\_\_\_\_\_

家庭电话：\_\_\_\_\_ 工作电话：\_\_\_\_\_ 家庭地址：\_\_\_\_\_

5. 民族和种族是可选的;回答此部分不会影响您的孩子获得免费或减价餐食的资格。

种族:  西班牙裔或拉丁裔  不是西班牙裔或拉丁裔

种族 (勾选一项或多项):  美洲印第安人或阿拉斯加原住民、  亚洲  黑人或非裔美国人  夏威夷原住民或其他太平洋岛屿  白人

请勿在此行下方书写 - 仅供学校使用

年收入转换 (仅在申请时报告多个收入频率时转换)  
每周 X 52; 每两周 (每两周) X 26; 每月两次 x 24; 每月 X 12

- SNAP/TANF/福斯特  
 收入 家庭: 家庭总收入/频率: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 家庭人数: \_\_\_\_\_  
 免费餐食  减价餐食  已拒绝/已付款

## 应用说明

要申请免费和减价资格，请按照以下说明为您的家庭仅完成一份申请。签署申请并将申请寄回 **SYOSSET CENTRAL SCHOOL DISTRICT, BUSINESS OFFICE, P.O. BOX 9029, SYOSSET, NY 11791**。

如果您家中有寄养儿童，您可以将他们包括在您的申请中。不需要单独的应用程序。如果您需要帮助，请致电学校：516-364-5651。确保提供所有信息。否则，可能会导致您的孩子无法获得福利或不必要地延迟批准您的申请。

### 第 1 部分 所有住户都必须填写学生信息。不要为您的家庭填写多个申请。

- (一) 打印您在一份申请中申请的儿童的姓名，包括寄养儿童。
- (二) 列出他们的年级和学校。
- (三) 勾选该框以表明您家中居住的寄养儿童，或者如果您认为任何儿童符合无家可归、移民、离家出走的描述（学校工作人员将确认此资格）。

### 第 2 部分 获得 SNAP、TANF 或 FDPIR 的住户应完成第 2 部分并签署第 4 部分。

- (一) 列出您家中任何人的当前 SNAP、TANF 或 FDPIR（印第安人保留地食品分配计划）案件编号。  
案件编号在您的福利信上提供。
- (二) 成年家庭成员必须在第 4 部分中签署申请。跳过第 3 部分。如果您列出了 SNAP 案件编号、TANF 或 FDPIR 编号，请不要列出家庭成员的姓名或收入。

### 第 3 部分 所有其他住户必须完成这些部分和第 4 部分的全部内容。

- (一) 写下您家中每个人的名字，无论他们是否有收入。  
包括您自己、您申请的子女、所有其他子女、您的配偶、祖父母以及您家中的其他亲属和无关系人士。  
如果您需要更多空间，请使用另一张纸。
- (二) 写下每个家庭成员在扣除税款或其他任何收入之前的当前收入金额，并说明其来源，例如收入、福利、养老金和其他收入。  
如果当前收入高于或低于平时，请写下该人的正常收入。指定收到此收入金额的频率：每周、每隔一周（每两周）、每月 2 次、每月。如果没有收入，请选中该框。根据儿童保育和发展整笔拨款、TANF 和风险儿童保育计划提供或安排的任何托儿服务的价值，或作为此类托儿服务支付的任何金额或报销此类托儿服务产生的费用，不应被视为该计划的收入。
- (三) 在提供的框中输入住户成员总数。此数字应包括家庭中的所有成人和儿童，并应反映第 1 部分和第 3 部分中列出的成员。
- (四) 如果第 3 部分已完成，则申请必须仅包含签署第 4 部分的成年人的社会安全号码的最后四位数字。如果成人没有社会安全号码，请选中该框。如果您列出了 SNAP、TANF 或 FDPIR 号码，则不需要社会安全号码。
- (五) 成年家庭成员必须在第 4 部分中签署申请。

**其他福利：**您的孩子可能有资格获得 Medicaid 或儿童健康保险计划 (CHIP) 等福利。为了确定您的孩子是否符合条件，计划官员需要您的免费和减价膳食申请中的信息。在发布任何信息之前，需要您的书面同意。请参阅随附的家长披露函和同意声明，了解有关其他权益的信息。

### 信息使用声明

信息声明的使用：Richard B. Russell National School Lunch Act 需要此申请中的信息。您不必提供信息，但如果您未提交所有必要信息，我们将无法批准您的孩子免费或减价餐食。您必须包括签署申请的主要工薪阶层或其他成年家庭成员的社会安全号码的最后四位数字。当您代表寄养儿童申请，或为您的孩子列出补充营养援助计划 (SNAP)、贫困家庭临时援助 (TANF) 计划或印第安人保留地食品分配计划 (FDPIR) 案件编号或其他 FDPIR 标识符时，或者当您表明签署申请的成年家庭成员没有社会安全号码时，不需要社会安全号码。我们将使用您的信息来确定您的孩子是否有资格获得免费或减价餐食，以及午餐和早餐计划的管理和执行。

我们可能会与教育、健康和营养计划共享您的资格信息，以帮助他们评估、资助或确定其计划的福利，与计划审核员共享，并与执法官员共享，以帮助他们调查违反计划规则的行为。

### 歧视投诉

根据联邦民权法和美国农业部民权法规和政策，美国农业部、其机构、办公室、雇员和参与或管理 USDA 计划的机构不得因种族、肤色、国籍、宗教、性别、残疾、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、公共援助计划的收入、政治信仰、或对美国农业部开展或资助的任何计划或活动中的先前民权活动的报复或报复（并非所有基础适用于所有计划）。补救措施和投诉提交截止日期因计划或事件而异。

需要其他通信方式获取计划信息（例如，盲文、大字体、录音带、美国手语等）的残障人士应联系管理该计划的州或地方机构，或通过拨打 711 的电信中继服务（语音和 TTY）联系 USDA。此外，计划信息可能以英语以外的其他语言提供。

要提交计划歧视投诉，请填写 USDA 计划歧视投诉表 AD-3027，可在如何提交计划歧视投诉和任何 USDA 办公室在线找到，或写一封信给 USDA，并在信中提供表格中要求的所有信息。要索取投诉表的副本，请致电（866）632-9992。通过以下方式将填好的表格或信件提交给 USDA：

一. 邮寄地址：

美国农业部民权助理部长办公室1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410 Washington, D.C. 20250-9410;或

二. 传真：

(202) 690-7442;或

三. 邮箱：

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

该机构是一个机会均等的提供者。

**SYOSSET 中央学区**  
**邮政信箱 9029**  
**SYOSSET, NY 11791**

**免费和减价餐食申请情况说明书**

在填写申请表时，请仔细注意这些有用的提示。

**SNAP/TANF/FDPIR 案件编号：** 这必须是          该机构提供给您的完整有效案件编号，包括所有数字 **和** 字母，例如 E123456 **或您所在县使用的任何组合。**  
请参阅您从当地社会服务部收到的信件，了解案件编号，或联系他们获取您的编号。

**寄养儿童：**                                  与家庭同住但由福利机构或法院合法照顾的儿童可能会被列入您的家庭申请中。  
列出孩子的“个人使用”收入。  
这仅包括机构提供的供儿童个人使用的资金，例如个人消费津贴、他/她的家人收到的钱或工作收到的钱。  
为住房、食物和护理、医疗和治疗需求提供的资金不 **被视为寄养儿童的收入。**  
如果孩子没有个人使用收入，请写“0”。

**住户：** 一群相关或无关的人，他们住在一个房子里，并分担收入和支出。

**成年家庭成员：** 居住在您家中年满 21 周岁的所有相关和非相关人员。

**财务独立：**

当一个人的收入和支出不由家庭/家庭分担时，他或她是财务独立的并且是一个独立的经济单位/家庭。同一住所中的不同经济单位的特点是按比例分配费用和经济独立性。

**当前总收入：** 您的每个家庭成员在扣除前目前赚取或收到的钱。

扣除额的示例包括联邦税、州税和社会保障扣除额。如果您不止一份工作，则必须列出所有工作的收入。如果您从多个来源（工资、赡养费、子女抚养费）获得收入，则必须列出所有来源的收入。只有农民、个体经营者、移民工人和其他季节性雇员可以使用其 1040 税表中报告的去 12 个月的收入。

总收入的例子是：

- 工资、薪金、小费、佣金或自雇收入
- 农场净收入 – 仅总销售额减去费用 – 不包括亏损
- 养老金、年金或其他退休收入，包括社会保障退休福利
- 失业补偿金
- 福利金（不包括 SNAP 的价值）
- 公共援助金
- 收养协助
- 补充保障收入（SSI）或社会保障遗属福利
- 赡养费或子女抚养费
- 伤残福利，包括工人赔偿
- 退伍军人的生活福利
- 利息或股息收入
- 从储蓄、投资、信托和其他资源中提取的现金，可用于支付儿童餐费
- 其他现金收入

**收入排除：**

根据儿童保育发展（整笔拨款）基金，提供或安排的任何托儿服务的价值，或作为此类托儿服务的付款或报销此类托儿所产生的费用而收到的任何金额，不应被视为该计划的收入。

如果您在填写申请表时有任何疑问或需要帮助，请联系：

**SYOSSET 中央学区，商务办公室**  
**516-364-5651**