

تقديم الطلب عبر الإنترنت: <https://www.edmonds.wednet.edu/our-district/departments/food-nutrition-services>

ضع علامة هنا إذا كنت قد حصلت على مزايا الوجهات في العام الماضي: ☐ ضع علامة هنا إذا كنت لا تريد الحصول على المزايا ولا تقديم معلومات عن الدخل: ☐

الاسم الأخير للطالب	الاسم الأول للطالب	مهاجر	تاريخ الميلاد	المدرسة	الصف	دخل الطالب	أسبوعيا	أسبوعين	مرة كل	2 × الشهر	شهوريا
						دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	☐
						دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	☐
						دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	☐
						دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	☐
						دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	☐

☐ Basic Food (الغذاء الأساسي) ☐ TANF ☐ برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDIPR) ☐

للأسر المحتاجة)

أسماء جميع أفراد الأسرة الآخرين (لا تضمن الطلاب المذكورين أعلاه)	الرقم	الأرباح من العمل (قبل أي خصومات)	أسماء	معرفة كل أسبوعين	2 × الشهر	شهر	المساعدة العامة/ نفقة الطفل/ النفقة	أسماء	معرفة كل أسبوعين	2 × الشهر	شهر	المعاشات/ التقاعد/ الضمان الاجتماعي (SSI)	أسماء	معرفة كل أسبوعين	2 × الشهر	شهر	أي دخل آخر غير من قبل
	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي
	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي
	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي
	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي
	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي

(يجب أن يساوي الإجمالي المدرج عدد أفراد الأسرة المذكورين أعلاه)

أقر (أتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة، وأن جميع الدخل قد تم الإبلاغ عنه، وأن أسرتي لا نتلقى مزايا EBT (تحويل المزايا الإلكترونية) الصيفية من خلال ولاية مختلطة أو التابعة للولاية وأن مسؤولي المدرسة قد يتحققون (يراجعون) من المعلومات. أدرك أنه إذا قدمت معلومات كاذبة عن قصد، فقد يفقد أطفالي هذه المزايا، وقد يتم مقاضاتي بموجب قوانين الوالد

توقيع فرد الأسرة البالغ

اختياري: الموافقة على مشاركة معلومات الأهلية للبرامج المدرسية الأخرى (اختياري) - قد يكون الطلاب مؤهلين للحصول على رسوم مخفضة للمشاركة في برامج مدرسية أخرى، بما في ذلك الإعفاء من رسوم الرحلات الميدانية (ASB)، و/أو تخفيض رسوم الألعاب الرياضية (ASB)، و/أو تخفيض رسوم الاختبارات (الأكاديمية). ينطبق هذا القسم على الطلاب في جميع الصفوف، بما في ذلك المرحلة الابتدائية. حدد البرامج المدرسية التي ترغب في المشاركة فيها لتخفيض الرسوم/المستحقات: ☐ الهيئة الطلابية المتحدة (ASB) ☐ أكاديمي ☐ موقف سيارات المدرسة ☐ تذاكر التخرج

من خلال تحديد المربعات والتوقيع أدناه، فإنك تصرح بالكشف عن اسم (أسماء) الطالب وحالة الأهلية فقط، ولن تتم مشاركة أي معلومات أو بيانات ديموغرافية أخرى. أوافق على كشف منطقة إدموندز التعليمية عن أهلية الطالب للحصول على تخفيض الرسوم/المستحقات للبرامج المدرسية التي تم تحديدها أعلاه.

توقيع ولي الأمر/الوصي _____ التاريخ _____

الهويات العرقية والإثنية للأطفال (اختياري) - نحن مطالبون بطلب معلومات حول العرق والأصل العرقي لطفلك (أطفالك). هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من أننا نخدم مجتمعنا بشكل كامل. الرد على هذا القسم اختياري ولا يؤثر على أهلية طفلك (أطفالك) للحصول على وجبات مجانية وبأسعار مخفضة.

ضع علامة على هوية عرقية واحدة أو أكثر: ☐ أمريكي هندي أو من سكان الاسكا الأصليين ☐ أسوي ☐ من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ ☐ أبيض ☐ إسباني أو لاتيني ☐ ليس من أصل إسباني أو لاتيني ☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي

أهلية تغذية الطفل: يتطلب قانون الغذاء المدرسي الوطني لريتشارد بي راسل المعلومات الواردة في هذا الطلب. لا يتعين عليك تقديم المعلومات، ولكن إذا لم تفعل ذلك، فلن تتمكن من الموافقة على حصول طفلك على وجبات مجانية أو بأسعار مخفضة. يجب عليك تضمين الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة البالغ الذي يوقع على الطلب. لا تكون الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي مطلوبة عند التقدم نيابة عن طفل تبني أو عند إدراج رقم حالة برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (Basic Food) (الغذاء الأساسي) أو برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDPIR) أو معرف FDPIR آخر لطفلك أو عندما تشير إلى أن فرد الأسرة البالغ الذي وقع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سنستخدم معلوماتك لتحديد إذا ما كان طفلك مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو بأسعار مخفضة أم لا، وإدارة وتنفيذ برامج الغذاء والإفطار. قد نشارك معلومات الأهلية الخاصة بك مع برامج التعليم والصحة والتغذية لمساعدتها على تقييم أو تمويل أو تحديد المزايا لبرامجها، ومدققى مراجعات البرامج، ومسؤولي إنفاذ القانون لمساعدتهم على النظر في انتهاكات قواعد البرنامج. وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الصادرة عن وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو العمر أو الثأر أو الانتقام بسبب نشاط الحقوق المدنية السابق. قد تكون معلومات البرنامج متاحة بلغات أخرى غير الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل والطباعة الكبيرة والشريط الصوتي ولغة الإشارة الأمريكية) الاتصال بالولاية أو الوكالة المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 202) 720-2600 (صوتي وللصم والبكم) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة مكالمات الصم والبكم الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800).

لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، أو من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، عن طريق الاتصال بالرقم 632-9992 (866)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. يجب أن يحتوي الخطاب على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفاً مكتوباً للإجراء التمييزي المزعوم بتفاصيل كافية لإبلاغ السكرتير المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة انتهاك الحقوق المدنية المزعوم وتاريخه. يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق البريد: التاريخ U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو الفاكس: 256-1665 (833) أو 690-7442 (202); أو البريد الإلكتروني: Program.Intake@usda.gov

هذه المؤسسة ملتزمة بتكافؤ الفرص. لا تميز منطقة إدموندز التعليمية في أي برنامج أو أنشطة على أساس الجنس أو العرق أو العقيدة أو الدين أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الحالة العسكرية أو التوجه الجنسي أو التعبير الجنسي أو الهوية الجنسية أو الإعاقة أو استخدام كلب مررب كدليل أو حيوان خدمة ونتيح الاشتراك في مجموعات الكشافة ومجموعات الشباب المعينة الأخرى بصورة متساوية. تم تعيين الموظفين التالين للتعامل مع الأسئلة والشكاوى المتعلقة بالتمييز المزعوم: منسق الباب التاسع والامتنال للحقوق المدنية ومنسق قانون الأمريكيين المعاقين (ADA): روب بومغارتنر، مساعد المشرف على الموارد البشرية والرواتب والمزايا، 20420 68th Avenue W, Lynnwood, WA 98036, 425-431-7020، baumgartnerr@edmonds.wednet.edu، منسق المادة 504: دانا جيلسن، المديرة التنفيذية لخدمات الطلاب، 20420 68th Avenue W, Lynnwood, WA 98036, 425-431-7047، geaslend338@edmonds.wednet.edu، سياسة مجلس إدارة المدرسة P3210

لاستخدام المدرسة فقط - لا تكتب أسفل هذا السطر

تحويل الدخل السنوي: أسبوعي × 52؛ مرة كل أسبوعين × 26؛ مرتين في الشهر × 24؛ شهريًا × 12.

(لا تحول إلى دخل سنوي ما لم تبلغ الأسرة عن تكرارات دفع متعددة).

موافقة وكالة التعليم المحلية:	☐ Basic Food/TANF/FDPIR/التبني	إجمالي حجم الأسرة	أسبوعيا	مرة كل أسبوعين	مرتان في الشهر	شهريًا	سنوي
	☐ دخل الأسرة	إجمالي دخل الأسرة	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐
تمت الموافقة على الطلب من أجل:	☐ مؤهل للمجاني	تم رفض الطلب بسبب:	☐ الدخل فوق المبلغ المسموح به	☐	☐	☐	☐
	☐ مؤهل لمخفض السعر		☐ المعلومات غير مكتملة/مفقودة	☐	☐	☐	☐

تاريخ إرسال الإشعار

توقيع مسؤول الاعتماد

التاريخ