

#15 Annual Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application – Edmonds School District 27–2026

آنلاین درخواست بدهید: http://EDMONDS.WEDNET.EDU/DEPARTMENT/FOOD_NUTRITION_SERVICES

این درخواست ممکن شما را برای: مزایای غذا، مزایای EBT تاپستانی (اگر در یک مکتب NSLP/SBP ثبت نام کرده باشید)، فیس های کاهش یافته برای پروگرام ها و فعالیت های دیگر، و/یا کمک به تامین بودیجه برای ناحیه مکتب تان واجد شرایط سازد. اگر فرزند (ان) شما در یک مکتب مقررده واجد شرایط جامعه (CEP) یا مقررده 2 ثبت نام کرده باشند، تکمیل کردن این درخواست بر واجد شرایط بودن شما برای دریافت غذا رایگان تاثیر نخواهد گذاشت.

اگر شما سال گذشته مزایای غذا دریافت کرده اید اینجا را چک کنید: ☐ اگر شما نمیخواهید که مزایا دریافت کنید یا معلومات عاید را ارائه کنید اینجا را چک کنید: ☐

1. تمام شاگردان که با شما زندگی می کنند و در مکتب هستند را لیست کنید. اگر محصل در مراقبت های پرورشی باشد، بی خانمانی را تجربه می کند، یا خدمات آموزشی مهاجرین را دریافت می کند، این را با گذاشتن یک "X" در کادر مناسب نشان دهید. هر عاید شخصی دریافت شده توسط محصل را شامل کنید و در کادر درست برای اینکه چند بار دریافت شده است یک "X" بنویسید.

تخلص شاگرد	نام شاگرد	MI	مراقبت پرورشی	تاریخ تولد	مکتب	صنف	درآمد شاگرد	هفته وار	نوهفته یکبار	ماه دو بار	ماهوار
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐

2. اگر هر یک از اعضای خانواده (بشمول خود تان) در حال حاضر در یک یا بیشتر از پروگرام های کمکی ذیل اشتراک می کند، لطفاً در یک کیس نمبر بنویسید. اگر جواب تان نخیر است، به مرحله 3 بروید.

غذای اساسی ☐ TANF ☐ برنامه توزیع مواد غذایی در مورد ذخیره گاه های هندی (FDIPR) کیس نمبر: _____

3. نام های تمام اعضای دیگر خانواده را لیست کنید – عاید (بطور دالر کامل) را وارد کنید و چک کنید که چند بار دریافت شده است. اگر یکی از اعضای خانواده عاید دریافت نمی کند 0 بنویسید. اگر شما 0 را داخل کنید یا بخش های عاید را خالی بگذارید، شما وعده میدهید که هیچ عاید برای گزارش دادن وجود ندارد.

نام های تمام اعضای دیگر خانواده (شاگردان ذکر شده در بالا را شامل نکنید)	مراقبت پرورشی	درآمد از کار (قبل از هرگونه کسر)	هفته وار	نوهفته یکبار	ماه دو بار	ماهوار	کمک عامه/حمایت از اطفال/نفقه	هفته وار	نوهفته یکبار	ماه دو بار	ماهوار	معاش تقاوتی/تفاوت/تامین اجتماعی (SSI)	هفته وار	نوهفته یکبار	ماه دو بار	ماهوار	هر عاید دیگر که قبلاً لیست نشده باشد	هفته وار	نوهفته یکبار	ماه دو بار	ماهوار
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐

4. مجموع اعضای خانواده (شامل تمام افرادی که در خانواده شما زندگی می کنند): چهار عدد آخر شماره تامین اجتماعی (SSN) از چک کنید که آیا SSN وجود ندارد ☐

(مجموع لیست شده باید مساوی به تعداد اعضای خانواده لیست شده در بالا باشد) دستمزد اولیه یا دیگر اعضای خانواده (اختیاری است اگر فقط برای EBT تاپستانی درخواست دهید)

5. معلومات تماس و امضاء – این درخواست را تکمیل، امضاء و برگردانید به: AVE W, LYNNWOOD, WA 98036 or to your student's school 68th 20420 – Food & Nutrition Services Department. من تصدیق (وعده) میکنم که تمام معلومات در مورد این درخواست درست است، که تمام عاید گزارش شده است، و اینکه خانواده من مزایای EBT تاپستانی را از طریق یک ایالت یا سازمان قبیله ای هندی (اگر قابل اجرا باشد) دریافت نمی کند. من درک میکنم که این معلومات در ارتباط با دریافت مزایای فدرال یا ایالتی داده شده است و مقامات مکتب ممکن معلومات را تصدیق (بررسی) کنند. من آگاه هستم که اگر من قصداً معلومات نادرست بدهم، اطفال من ممکن این مزایا را از دست بدهند، و من ممکن تحت قوانین قابل اجرا ایالتی و فدرال تحت پیگرد قرار بگیرم.

نام چاپ شده عضو بزرگسال خانواده

امضای عضو خانواده بزرگسال

آدرس ایمیل (اختیاری است)

امضاء والدین/ سرپرست

یک یا چند هویت نژادی را علامت گذاری کنید:

☐ بومی هاوایی یا سائر جزایر اقیانوس آرام

#15 ESD