

Заявление на ежегодное подтверждение права ребенка на питание и образовательные льготы в 2026–27 учебном году – Школьный округ Эдмондс № 15

Ссылка для подачи заявления в режиме онлайн: http://EDMONDS.WEDNET.EDU/DEPARTMENT/FOOD_NUTRITION_SERVICES

Это заявление открывает доступ к следующим льготам: помощь с продуктами питания, пособие по программе Summer EBT (если ребенок обучается в школе, где действует программа NSLP/SBP), льготные тарифы на участие в других программах и мероприятиях, а также/или помощь в получении финансирования для вашего школьного округа. Если ваш ребенок обучается в школе, где действует программа Community Eligibility Provision (CEP) или Provision 2, подача этого заявления не отменяет его право на получение бесплатных продуктов питания.

Поставьте здесь отметку, если в прошлом году вы получали льготы на питание: ☐ Поставьте здесь отметку, если вы НЕ хотите получать помощь или предоставлять информацию о доходе: ☐

1. Перечислите всех проживающих с вами лиц, которые посещают школу. Если учащийся находится под опекой, является бездомным или получает образовательные услуги для мигрантов, поставьте отметку «х» в соответствующем поле. Определите общую сумму личных доходов учащегося и поставьте «х» в одной из граф, описывающих периодичность их получения. ☐ Бездомный ☐ Мигрант

Фамилия учащегося	Имя студента	Средний инициал	Патронат	Дата рождения	Школа	Класс	Доход учащегося	Раз в неделю	2 раза в неделю	2 раза в месяц	Раз в месяц
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐

2. Если кто-либо из членов домохозяйства (включая вас) в настоящее время участвует в одной или нескольких из нижеуказанных программ помощи, укажите номер дела. Если это не так, перейдите к разделу 3.
- ☐ Программа доступа к базовому питанию (Basic Food) ☐ Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF) ☐ Программа распределения продовольствия в индейских резервациях (FDIPR) Номер дела: _____

3. Укажите имена всех остальных членов домохозяйства и их доход в долларах (целые числа) и ВЫБЕРИТЕ периодичность его получения. Если член домохозяйства не получает дохода, укажите «0». Указав «0» или оставив поля, посвященные доходам, пустыми, вы подтверждаете отсутствие дохода, подлежащего регистрации.

Имена ВСЕХ остальных членов домохозяйства (исключая учащихся, перечисленных выше)	Патронат	Доход от работы (до вычетов)	Раз в неделю	2 раза в неделю	2 раза в месяц	Раз в месяц	Государственная помощь/ пособие/ алименты на ребенка	Раз в неделю	2 раза в неделю	2 раза в месяц	Раз в месяц	Пенсия/пособие в связи с выходом на пенсию/социальное обеспечение (SSI)	Раз в неделю	2 раза в неделю	2 раза в месяц	Раз в месяц	Прочий доход, который не был указан	Раз в неделю	2 раза в неделю	2 раза в месяц	Раз в месяц
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐

4. Общее количество членов домохозяйства (укажите всех людей, проживающих с вами): Последние четыре цифры номера социального обеспечения (SSN) Поставьте здесь отметку, если SSN отсутствует: ☐

(цифра ДОЛЖНА СООТВЕТСТВОВАТЬ количеству членов домохозяйства, указанных выше)

Основной кормилец или другой член семьи (дополнительно, если заявление подается только по программе Summer EBT)

5. Контактная информация и подпись: заполните, подпишите и отправьте эту форму по адресу: Food & Nutrition Services Department – 98036 68th AVE W, LYNNWOOD, WA 20420 68 или в школу, где обучается ваш ребенок. Я подтверждаю, что все сведения, указанные в этом заявлении, являются достоверными, что все доходы указаны в полном объеме и что проживающие со мной лица не получают пособий по программе Summer EBT в другом штате или через организацию индейского племени (если применимо). Мне известно, что данная информация запрашивается в связи с получением пособий федерального уровня или уровня штата и что сотрудники школы вправе ее проверить. **Мне известно, что в случае намеренного предоставления мной ложной информации мои дети могут лишиться права на эти пособия, а меня могут привлечь к ответственности в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата.**

Имя, фамилия совершеннолетнего члена домохозяйства печатными буквами

Подпись совершеннолетнего члена домохозяйства

Адрес электронной почты (необязательно)

ДОПОЛНИТЕЛЬНО Согласие на передачу информации о наличии права на участие в других школьных программах (необязательно): учащиеся могут рассчитывать на льготное получение услуг от школы, которое, в том числе, предусматривает отмену платы за экскурсии (ASB), снижение платы за участие в спортивных мероприятиях (ASB) и/или сдачу экзаменов (Academic). Этот раздел относится к учащимся всех классов, включая начальные. Выберите интересующие вас школьные услуги, которые предусматривают льготы: ☐ участие в объединенном ученическом совете (ASB) ☐ поддержка в обучении (Academic) ☐ пользование школьной парковкой ☐ приобретение билетов на выпускной

Отметив нужные поля и поставив свою подпись ниже, вы предоставляете нам разрешение на раскрытие информации об имени (именах), фамилии и статусе учащегося. Никакая другая информация или демографические данные разглашению не подлежат. Я предоставляю разрешение школьному округу Эдмондс на раскрытие информации о наличии у моего ребенка права на льготное получение вышеуказанных (отмеченных) школьных услуг.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА: _____ **ДАТА:** _____

Расовая и этническая принадлежность ребенка (детей) (необязательно): мы обязаны запрашивать информацию о расовой и этнической принадлежности вашего ребенка (ваших детей). Эта информация имеет очень важное значение и позволяет нам полноценно обслуживать наше сообщество. Данный раздел является необязательным для заполнения и не влияет на право вашего ребенка (ваших детей) на бесплатное и льготное питание.

Выберите один или несколько вариантов расовой идентичности: ☐ представители коренного народа Америки или Аляски ☐ Азиаты **Выберите один или несколько вариантов этнической идентичности:**

☐ Чернокожие или афроамериканцы ☐ Уроженцы Гавайских или других тихоокеанских островов ☐ Европеоидная раса ☐ Испаноязычные или латиноамериканцы ☐ не испаноязычные или не латиноамериканцы

Право ребенка на питание: информация, содержащаяся в этом заявлении, запрашивается в соответствии с Национальным законом о школьных обедах Ричарда Б. Рассела. Вы не обязаны предоставлять ее, однако в случае ее отсутствия мы не сможем утвердить право вашего ребенка на бесплатное или льготное питание. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования совершеннолетнего члена домохозяйства, который подписывает данное заявление. Необходимость в том, чтобы указывать последние четыре цифры номера социального страхования отсутствует в случае, если вы подаете заявление от имени ребенка, находящегося под опекой, или указываете номер дела по Программе дополнительной продовольственной поддержки (Basic Food), Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF) или Программе распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) либо иной идентификатор FDPIR, присвоенный вашему ребенку (если вы указали, что совершеннолетний член домохозяйства, подписывающий заявление, не имеет номера социального страхования). Мы будем использовать данную информацию при принятии решения о том, имеет ли ваш ребенок право на бесплатное или льготное питание, а также в целях администрирования и реализации программ обедов и завтраков. Мы ИМЕЕМ ПРАВО передать информацию о наличии у вашего ребенка права на участие в программах образования, здравоохранения и питания их представителям с целью оказать им содействие в оценке, финансировании или определении соответствующих льгот, аудиторам в связи с проверкой этих программ и сотрудникам правоохранительных органов с целью помочь им в расследовании нарушений правил этих программ. В соответствии с федеральным законом о гражданских правах, а также правилами и политикой Министерства сельского хозяйства США (USDA) данное учебное заведение не допускает дискриминации по признаку расы, цвету кожи, национальному происхождению, половой принадлежности (в том числе по причине гендерной идентичности и сексуальной ориентации), инвалидности, возрасту, а также возмездия или преследования в связи с ранее реализованными мерами, направленными на защиту гражданских прав. Информация о программе может быть предоставлена на других языках, помимо английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозаписи, американский язык жестов), должны обратиться в уполномоченное агентство штата или местное агентство, управляющее программой, или в Центр TARGET USDA по номеру телефона (202) 720-2600 (для голосовых вызовов и звонков по телетайпу (TTY)) либо связаться с USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, необходимо заполнить форму AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (форма уведомления о дискриминации USDA в рамках программы), которую можно скачать с веб-сайта: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> получить в любом офисе USDA; ее также можно получить позвонив по номеру (866) 632-9992 или отправив письмо в адрес USDA. В письме необходимо указать имя, фамилию, адрес, номер телефона заявителя, а также представить достаточно подробное письменное описание предполагаемого дискриминационного действия, на основании которого помощник секретаря по гражданским правам (ASCR) мог бы определить характер и дату предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо следует отправить в USDA по: **почте:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; **факсу:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или **электронной почтой:** Program.Intake@usda.gov

Это учебное заведение предоставляет равные возможности. Школьный округ Эдмондс не допускает дискриминации в рамках программ и мероприятий по признаку пола, расы, вероисповеданию, религиозным убеждениям, цвету кожи, национальному происхождению, возрасту, наличию статуса ветерана или военнослужащего, по причине сексуальной ориентации, гендерного самовыражения или гендерной идентичности, инвалидности, использования обученной собаки-поводыря или другого животного-поводыря и обеспечивает равноправный доступ к бойскаутским организациям и другим специализированным молодежным объединениям. Ответственными за рассмотрение вопросов и жалоб, связанных с предполагаемой дискриминацией, назначены следующие специалисты: координатор мер, предусмотренных Разделом IX, а также координатор по соблюдению гражданских прав и Закона о защите прав граждан США с инвалидностью (ADA) Роб Баумгартнер (Rob Baumgartner), помощник инспектора школьного округа по управлению кадрами, заработной плате и льготам, 504 68th Avenue W, Lynnwood, WA 20420 68, baumgartnerr@edmonds.wednet.edu координатор мер, предусмотренных Разделом 98036, 425-431-7020: Дана Гилсен (Dana Gealsen), исполнительный директор по обслуживанию учащихся, 98036 gealsend338 Avenue W, Lynnwood, WA 20420 68, gealsend338@edmonds.wednet.edu (Политика школьного совета 3210P).

ДАННЫЙ РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ ШКОЛЫ – НИЧЕГО НЕ ПИШИТЕ ПОД ЭТОЙ ЛИНИЕЙ

КОНВЕРТАЦИЯ ГОДОВОГО ДОХОДА: раз в неделю x 52; два раза в неделю x 26; два раза в месяц x 24; раз в месяц x 12. (Конвертация в сумму годового дохода допускается **ТОЛЬКО** в том случае, если домохозяйством было выбрано несколько вариантов периодичности оплаты).

УТВЕРЖДЕНИЕ СО СТОРОНЫ LEA:

☐ Basic Food/TANF/FDPIR/патронат
☐ доход домохозяйства

Общий размер домохозяйства

Общий доход домохозяйства \$

Раз в неделю

2 раза в неделю

2 раза в месяц

Раз в месяц

Ежегодно

ВЫДАНО РАЗРЕШЕНИЕ НА:

☐ бесплатные услуги
☐ льготное обслуживание

ПРИЧИНА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ:

☐ Доход превышает допустимую сумму.
☐ В заявлении указана неполная информация/отсутствует информация.

☐ Прочее: _____

Дата отправки уведомления

Подпись утверждающего должностного лица

Дата