

Заява про отримання пільг стосовно харчування й освіти дитини на 2026–27 н.р. — шкільний округ Едмондс №15

Посилання для подачі заяви онлайн: <https://www.edmonds.wednet.edu/our-district/departments/food-nutrition-services>

За допомогою цієї заяви ви можете отримати право на пільги на харчування, пільги Summer EBT (якщо ви зараховані в школу NSLP/SBP), участь у інших програмах і заходах за зниженою вартістю та/або допоможете гарантувати фінансування для вашого шкільного округу. Якщо ваша дитина (чи діти) зарахована в школу з безплатним харчуванням (Community Eligibility Provision, CEP) чи школу Provision 2, заповнення цієї заяви не вплине на ваше право на отримання безплатного харчування.

Поставте позначку тут, якщо ви отримували пільги на харчування минулого року: ☐ Поставте позначку тут, якщо ви НЕ бажаєте отримувати пільгу чи надавати інформацію про дохід: ☐

1. Перелічіть усіх дітей, які живуть із вами й відвідують школу. Якщо дитина перебуває під опікою, є безпритульною або отримує освітні послуги для мігрантів, вкажіть це, поставивши позначку «X» у відповідному полі. Зазначте весь особистий дохід, який отримує дитина, і поставте позначку «X» у комірці, де вказано вашу частоту його отримання.

☐ Безпритульна ☐ Мігрант

Прізвище дитини	Ім'я дитини	Друге ім'я дитини	Прийомна	Дата народження	Школа	Клас	Дохід учня/учениці:	Раз на тиждень	Раз на два тижні	2 рази на місяць	Раз на місяць
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐

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

☐ Основні продукти харчування ☐ Програма тимчасової допомоги нужденним родинам (TANF) ☐ Програма забезпечення харчуванням у індіанських резерваціях (FDIPR) Номер справи: _____

3. Вкажіть імена всіх інших членів домогосподарства: введіть дохід (у доларах без центів) і ПОЗНАЧТЕ, як часто він надходить. Якщо член домогосподарства не отримує доходу, поставте 0. Якщо ви введете 0 або залишите розділи доходів порожніми, ви повідомляєте, що не має жодних доходів, про які потрібно звітувати.

Імена ВСІХ інших членів домогосподарства (без перелічених вище дітей)	Прийомна	Заробіток (до відрахувань)	Раз на тиждень	Раз на два тижні	2 рази на місяць	Раз на місяць	Державна допомога/допомога на дитину/аліменти	Раз на тиждень	Раз на два тижні	2 рази на місяць	Раз на місяць	Пенсія/пенсійні виплати/соціальне страхування (SSI)	Раз на тиждень	Раз на два тижні	2 рази на місяць	Раз на місяць	Будь-який інший дохід, не внесений до списку	Раз на тиждень	Раз на два тижні	2 рази на місяць	Раз на місяць
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐

4. Загальна кількість членів домогосподарства (вкажіть усіх людей, які проживають у вашому домогосподарстві): Останні чотири цифри номера соціального страхування (SSN) Позначте тут, якщо SSN немає: ☐
(загальна кількість членів домогосподарства ПОВИННА ДОРІВНЮВАТИ кількості членів домогосподарства, перелічених вище) основного годувальника або іншого члена домогосподарства (необов'язково, якщо ви подаєте заяву лише на Summer EBT)

5. Контактна інформація та підпис: заповніть, підпишіть і надішліть цю заяву на наступну адресу: Food & Nutrition Services Department – 20420 68th AVE W, LYNNWOOD, WA 98036 або в школу вашої дитини. Я засвідчую (підтверджую), що вся інформація в цій заяві є правдивою, всі доходи зазначено і що моє домогосподарство не отримує пільги Summer EBT від іншої організації штату або Організації індіанських племен (якщо застосовно). Я розумію, що ця інформація надається у зв'язку з отриманням пільг від федерального уряду чи від штату, і що посадові особи школи можуть верифікувати (перевірити) цю інформацію. **Я усвідомлюю, що, якщо я навмисно надам неправдиву інформацію, мої діти можуть втратити ці пільги, а мене може бути притягнуто до відповідальності згідно з чинним законодавством штату й федеральним законодавством.**

Ім'я та прізвище повнолітнього члена домогосподарства друкованими літерами

Підпис повнолітнього члена домогосподарства

Адреса електронної пошти (необов'язково)

Поштова адреса (необов'язково)

Місто, штат і поштовий індекс (необов'язково)

Тел. для зв'язку вдень (необов'язково)

Дата

НЕОБОВ'ЯЗКОВО Згода на передачу інформації про відповідність критеріям для участі в інших шкільних програмах (необов'язково) — діти можуть мати право на участь, за зниженою ціною, у інших шкільних програмах: зокрема, у програмі звільнення від плати за екскурсії (ASB), програмі участі в спортивних заходах за зниженою вартістю (ASB) та/або програмі участі в тестуваннях за зниженою вартістю (Academic). Цей розділ стосується учнів усіх класів, включно з початковою школою. Виберіть шкільну програму, в якій ви хотіли би взяти участь за зниженою вартістю: ☐ Асоціація учнів (Associated Student Body, ASB) ☐ Академічні заходи ☐ Паркування біля школи ☐ Квитки на випускний

Відмічаючи відповідні поля й підписуючись нижче, ви даєте дозвіл на оприлюднення лише імені та прізвища дитини та її статусу щодо відповідності критеріям. Жодна інша інформація чи демографічні дані не передаватимуться. Я даю згоду на те, щоб шкільний округ Едмондс поділився інформацією про відповідність моєї дитини критеріям участі в позначених вище шкільних програмах за зниженою вартістю.

ПІДПИС БАТКА/МАТЕРІ/ОПІКУНА

ДАТА

Расова й етнічна приналежність дітей (необов'язково) — ми зобов'язані просити надати інформацію про расову й етнічну приналежність вашої дитини (дітей). Ця інформація відіграє важливу роль і потрібна для надання нашої громаді послуг у повному обсязі. Відповідати на наведені в цьому розділі запитання необов'язково, і надання тут відповідей не впливатиме на право вашої дитини (дітей) на безплатне або пільгове харчування.

Позначте одну або кілька расових ідентичностей:

☐ Корінні народи Америки чи Аляски

☐ Азіати

Позначте одну етнічну ідентичність:

☐ Чорношкірі або афроамериканці

☐ Корінні гавайці або інші народи тихоокеанських островів

☐ Білі

☐ Латиноамериканці або іспаномовні

☐ Не іспаномовні чи латиноамериканці

Відповідність критеріям отримання харчування для дітей: Національний закон про шкільні обіди Річарда Б. Рассела вимагає надання інформації, запитаної в цій заяві. Ви не зобов'язані надавати цю інформацію, але, якщо ви цього не зробите, ми не зможемо схвалити для вашої дитини надання безплатного харчування чи харчування за зниженою ціною. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування повнолітнього члена домогосподарства, який підписує заяву. Останні чотири цифри номера соціального страхування не потрібні, якщо ви подаєте заяву від імені прийомної дитини, або якщо ви вказуєте номер справи отримувача допомоги за програмою додаткової допомоги з харчуванням (Supplemental Nutrition Assistance Program, Basic Food), програмою тимчасової допомоги нужденним родинам (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) або програмою забезпечення харчуванням у індіанських резерваціях (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) або інший ідентифікатор FDIPIR вашої дитини, або якщо ви вказуєте, що повнолітній член домогосподарства, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ми будемо використовувати вашу інформацію, щоб визначити, чи має ваша дитина право на отримання безплатного харчування або харчування за зниженою ціною, а також для адміністрування й забезпечення виконання програм надання обідів і сніданків. Ми МОЖЕМО ділитися вашою інформацією про відповідність критеріям участі з програмами, що стосуються освіти, охорони здоров'я та харчування, щоб допомогти їм оцінити, профінансувати або визначити пропонувані за цими програмами пільги, з аудиторіями для перевірки програм і правоохоронними органами, щоб допомогти їм розслідувати порушення правил програм. Відповідно до федерального закону про громадянські права та згідно з правилами й політикою Міністерства сільського господарства США (USDA) щодо громадянських прав, цій установі заборонено вчиняти дискримінацію на підставі раси, кольору шкіри, національного походження, статі (включаючи гендерну ідентичність і сексуальну орієнтацію), наявності обмежених можливостей, віку, а також учиняти репресії чи покарання за попередню діяльність у сфері захисту громадянських прав. Інформація про програму може бути доступна іншими мовами, окрім англійської. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (як-от, шрифтом Брайля, великим шрифтом, у форматі аудіозапису, американською мовою жестів), повинні звернутися до відповідального органу штату або місцевого органу, який адмініструє програму, або до Центру TARGET Міністерства сільського господарства США (USDA) за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок і TTY), або зв'язатися з Міністерством сільського господарства США (USDA) через Федеральну службу комунікацій повідомлень (Federal Relay Service) за телефоном (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу про дискримінацію в програмі, скажник повинен заповнити форму AD-3027, Форму скарги про дискримінацію в програму USDA, яку можна отримати в інтернеті за посиланням

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, у будь-якому офісі USDA, зателефонувавши за номером (866) 632-9992, або написавши листа на адресу USDA. Лист повинен містити ім'я та прізвище, адресу, номер телефону скажника, а також письмовий опис ймовірно дискримінаційної дії з деталізацією, достатньою для інформування Помічника Секретаря з питань громадянських прав (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до USDA поштою: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; факсом: (833) 256-1665 або (202) 690-7442; або електронною поштою: Program.Intake@usda.gov

Ця установа надає рівні можливості. Шкільний округ Едмондс не допускає дискримінації в будь-яких програмах або заходах на підставі статі, раси, віросповідання, релігії, кольору шкіри, національного походження, віку, ветеранського або військового статусу, сексуальної орієнтації, гендерного самовираження або ідентичності, наявності навченого собаки-поводиря або службової тварини через обмежені можливості й забезпечує рівний доступ до бойскаутів та інших визначених молодіжних груп. Для розгляду питань і скарг про ймовірну дискримінацію призначені наступні співробітники: Координатор за розділом IX із питань дотримання громадянських прав та ADA (Title IX Coordinator and Civil Rights Compliance and ADA Coordinator): Роб Баумгартнер, помічник керівника шкільного округу з питань кадрів, заробітної плати й пільг (Rob Baumgartner, Assistant Superintendent for Human Resources, Payroll, and Benefits), 20420 68th Avenue W, Lynnwood, WA 98036, 425-431-7020, baumgartnerr@edmonds.wednet.edu Координатор за розділом 504 (Section 504 Coordinator): Дана Гілсен, виконавчий директор студентських служб (Dana Gealsen, Executive Director of Student Services), 20420 68th Avenue W, Lynnwood, WA 98036, 425-431-7047, gealsend338@edmonds.wednet.edu Політика шкільної ради 3210P

ТІЛЬКИ ДЛЯ ВНУТРІШНЬОГО ВИКОРИСТАННЯ ПЕРСОНАЛОМ ШКОЛИ — НЕ ПИШІТЬ НИЖЧЕ ЦЬОГО РЯДКА

КОНВЕРТАЦІЯ РІЧНОГО ДОХОДУ: раз на тиждень x 52; раз на 2 тижні x 26; двічі на місяць x 24; раз на місяць x 12.

(НЕ перераховуйте в річний дохід, якщо домогосподарство не повідомило про багаторазові виплати).

СХВАЛЕННЯ ВІД МІСЦЕВОЇ АГЕНЦІЇ ОСВІТИ (LEA):

- ☐ Basic Food/TANF/FDIPIR/Foster
☐ Дохід домогосподарства

Загальний розмір домогосподарства _____

Загальний дохід домогосподарства \$ _____

Раз на тиждень

Раз на два тижні

2 рази на місяць

Раз на місяць

Раз на рік

СХВАЛЕНО ЗАЯВУ ПРО:

- ☐ безплатне надання
☐ надання за зниженою ціною

ЗАЯВУ ВІДХИЛЕНО ЧЕРЕЗ:

- ☐ Перевищення дозволеної суми доходу
☐ Неповноту/відсутність інформації

☐ Інше: _____

Дата надсилання повідомлення

Підпис посадової особи, що надала схвалення

Дата