2026–2027 FREE AND REDUCED-PRICE SCHOOL MEALS APPLICATION

طلب الوجبات المدرسية المجانية ومخفضة السعر 2026–2027

PART 1. ALL HOUSEHOLD MEMBERS

الجزء الأول: جميع أفراد الأسرة

English			العربية
Names of all household members (First, Middle Initial, Last)			**أسماء جميع أفراد الأسرة (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، اسم العائلة)**
School Name	**Grade**	**Foster Child (Legal Responsibility of Welfare Agency or Court)**	**No Income**
اسم المدرسة	**الصف الدراسي**	**هل الطفل طفل بالتبني (تحت المسؤولية القانونية لوكالة الرعاية أو المحكمة)**	**لا يوجد دخل**
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐

English: If all children listed above are foster children, skip to Part 5 to sign this form.

العربية: إذا كان جميع الأطفال المذكورين أعلاه أطفالًا بالتبني، فانتقل مباشرةً إلى **الجزء الخامس** لتوقيع هذا النموذج.

PART 2. BENEFITS

الجزء الثاني: المزايا

English	العربية
If anyone in your household receives SNAP or Ohio Works First (OWF) benefits, list the recipient's name and 7-digit case number, then skip to Part 5. If no one receives these benefits, continue to Part 3.	إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة يتلقى مزايا برنامج **SNAP** أو **Ohio Works First (OWF)**، فاكتب اسم المستفيد ورقم **أرقام** القضية المكوّن من **7**، ثم انتقل إلى **الجزء الخامس**. وإذا لم يكن أحد يتلقى هذه المزايا، فانتقل إلى **الجزء الثالث**.

Name / الاسم: _____

7-Digit Case Number / رقم القضية (7 أرقام): _____

PART 3. HOMELESS, MIGRANT OR RUNAWAY

الجزء الثالث: الأطفال بلا مأوى أو المهاجرون أو الهاربون

English

If any child you are applying for is homeless, migrant, or runaway, check the appropriate box and contact Mrs. Jane Perry at 440-250-1266 or perryj@wlake.org.

العربية

إذا كان أي طفل تتقدم بطلب نيابة عنه بلا مأوى، أو مهاجرًا، أو هاربًا، فضع علامة في المربع المناسب واتصل بالسيدة **جين بيري** على الرقم **440-250-1266** أو عبر البريد الإلكتروني **perryj@wlake.org**.

☐ Homeless / **بلا مأوى**

☐ Migrant / **مهاجر**

☐ Runaway / **هارب**

PART 4. TOTAL HOUSEHOLD GROSS INCOME

الجزء الرابع: إجمالي دخل الأسرة قبل الخصومات

Household Members with Income

أفراد الأسرة الذين لديهم دخل

Name / الاسم	Earnings from Work قبل الخصومات	Welfare, Child Support, Alimony / إعانات أو نفقة	Pensions, SSI, Social Security, VA / معاشات أو ضمان اجتماعي	Other Income / دخل آخر

Income Frequency / عدد مرات استلام الدخل

☐ Weekly / أسبوعيًا

☐ Every 2 Weeks / كل أسبوعين

☐ Twice Monthly / مرتين شهريًا

☐ Monthly / شهريًا

Other Frequency / تكرار آخر: _____

PART 5. SCHOOL INSTRUCTIONAL FEE WAIVER

الجزء الخامس: الإعفاء من الرسوم الدراسية

English

Your child(ren) may qualify for a waiver of school instructional fees. Your permission is required to share this application with school officials. Your answer will not affect your child's meal eligibility.

العربية

قد يكون طفلك مؤهلًا للحصول على إعفاء من الرسوم الدراسية. يتطلب الأمر موافقتك لمشاركة هذا الطلب مع مسؤولي المدرسة. ولن يؤثر اختيارك على أهلية طفلك للحصول على الوجبات المجانية أو منخفضة السعر.

☐ **Yes / نعم** — I agree / أوافق

☐ **No / لا** — I do not agree / لا أوافق

Parent/Guardian Signature / **توقيع ولي الأمر:** _____

Date / **التاريخ:** _____

PART 6. SIGNATURE

الجزء السادس: التوقيع

English

An adult household member must sign this application. If Part 4 was completed, provide the last four digits of your Social Security Number or check the box indicating you do not have one.

العربية

يجب أن يوقع أحد البالغين من أفراد الأسرة على هذا الطلب. وإذا تم إكمال الجزء الرابع، فيرجى كتابة آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي أو وضع علامة في المربع إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي.

I certify that all information is true.

أُقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة.

Signature / **التوقيع:** _____

Print Name / **الاسم بخط واضح:** _____

Date / **التاريخ:** _____

Address / **العنوان:** _____

Phone Number / **رقم الهاتف:** _____

Last 4 Digits of SSN / **آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:** ____ ____ ____ ____

☐ I do not have a Social Security Number.

☐ **ليس لدي رقم ضمان اجتماعي.**

PART 7. CHILDREN'S ETHNICITY AND RACE

الجزء السابع: الأصل العرقي والانتماء العرقي للأطفال

Choose ONE Ethnicity / اختر أصلًا عرقيًا واحدًا

☐ Hispanic/Latino — **من أصل إسباني أو لاتيني**

☐ Not Hispanic/Latino — **ليس من أصل إسباني أو لاتيني**

Choose One or More Races / اختر عرقًا واحدًا أو أكثر

☐ Asian — **آسيوي**

☐ American Indian or Alaska Native — **أمريكي أصلي أو من سكان ألاسكا الأصليين**

☐ Black or African American — **أسود أو أمريكي من أصل أفريقي**

☐ White — **أبيض**

☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander — **من سكان هاواي الأصليين أو من جزر المحيط الهادئ الأخرى**

This section is optional and does not affect meal eligibility.

هذا القسم اختياري ولن يؤثر على أهلية طفلك للحصول على الوجبات المجانية أو منخفضة السعر.