Заявка на получение права на питание ребенка и участие в программах помощи в области образования (Child Nutrition Eligibility & Education Benefit) на 2026/27 г.

Школьный округ Снохомиш

Подайте онлайн: https://www.sno.wednet.edu/resources/freereduced-meals-applications **Заполните, подпишите и верните эту заявку по адресу:** Attn: Meal Application, 1601 Avenue D, Snohomish WA 98290

Эта заявка может дать вам право на следующее: помощь с питанием, помощь по программе SUN Bucks (при посещении школы, участвующей в Национальной программе школьных обедов (National School Lunch Program, NSLP) или Программе школьных завтраков (School Breakfast Program, SBP)), снижение платы за участие в других программах и мероприятиях. Кроме того, она может способствовать финансированию вашего школьного округа. Если ваш ребенок посещает школу, участвующую в Программе обеспечения права сообщества на бесплатное школьное питание (Community Eligibility Provision, CEP) или применяющую Положение 2 (Provision 2), заполнение этой заявки не повлияет на ваше право получать бесплатное питание.

Поставьте отметку здесь, если вы получали помощь с питанием в прошлом году: ☐ **Поставьте отметку здесь, если вы НЕ хотите получать помощь или предоставлять информацию о доходах:** ☐

1. Укажите **всех учащихся**, которые живут в вашем домохозяйстве и посещают школу. Если учащийся находится в приемной семье, является бездомным или получает образовательные услуги для детей-мигрантов, укажите это, поставив «x» в соответствующем поле. Укажите личный доход, получаемый учащимся, и в соответствующем поле поставьте «x», отметив частоту его получения. ☐ **Бездомный ребенок** ☐ **Ребенок-мигрант**

Фамилия учащегося	Имя учащегося	Средний инициал	В приемной семье	Дата рождения*	Школа*	Класс*	Доход учащегося	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. Если кто-либо из членов вашего домохозяйства (включая вас) в настоящее время участвует в какой-либо или нескольких из перечисленных программ помощи, укажите номер дела. Если нет, переходите к пункту 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Программа распределения продуктов питания в индейских резервациях (FDPIR) Номер дела: _____

3. Укажите имена всех остальных членов домохозяйства. Введите доход (целое число в долларах) и ОТМЕТЬТЕ частоту его получения. Если член домохозяйства не получает доход, поставьте 0. Указывая 0 или оставляя поля с доходом пустыми, вы подтверждаете отсутствие дохода для декларирования.

Имена ВСЕХ остальных членов домохозяйства (не вносите учащихся, указанных выше)	В приемной семье	Заработок в результате трудовой деятельности (до вычетов)	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц	Государственное денежное пособие / алименты на детей / алименты на супруга/супругу	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц	Пенсия / выплаты по старости / социальное страхование: дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI)	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц	Другие неуказанные виды дохода	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Общее количество членов домохозяйства (включая всех лиц, проживающих в вашем домохозяйстве): ☐
(общее количество лиц должно равняться количеству членов домохозяйства, перечисленных выше)

Последние четыре цифры номера социального страхования (Social Security Number, SSN) ☐ О тметьте здесь, если у вас нет SSN: ☐

Основной кормилец семьи или другой член домохозяйства *(необязательно, только если подается заявка на летнюю программу электронных выплат пособий (Summer Electronic Benefits Transfer, EBT)).*

5. Контактные данные и подпись. Заполните, подпишите и верните эту заявку по адресу:

Я подтверждаю, что вся информация, указанная в этой заявке, является достоверной, все доходы задекларированы и мое домохозяйство не получает помощь по программе SUN Bucks через другую организацию штата или индейскую племенную организацию (если применимо). Я понимаю, что эта информация предоставляется в связи с получением помощи в рамках федеральных программ или программ штата, а также что представители школы могут проверить эту информацию. **Я осознаю, что в случае намеренного предоставления мной ложной информации мои дети могут лишиться этой помощи и меня могут привлечь к уголовной ответственности в соответствии с действующим уголовным законодательством штата и федеральным уголовным законодательством.**

Имя совершеннолетнего члена домохозяйства (печатными буквами) _____

Подпись совершеннолетнего члена домохозяйства _____

Адрес электронной почты* _____

Почтовый адрес** _____

Город, штат, почтовый индекс** _____

Номер телефона для звонков днем* _____

Дата _____

*** Эти поля носят исключительно информационный характер и не являются обязательными для заполнения. ** Это поле необязательно для заполнения, однако на указанный почтовый адрес мы сможем отправлять информационные материалы и карты SUN Bucks (если применимо).**

6. Расовая и этническая принадлежность ребенка (необязательно). Мы обязаны запрашивать информацию о расовой и этнической принадлежности вашего ребенка. Эта информация важна и помогает нам обеспечить оказание полноценной помощи всем членам сообщества. Заполнение этого раздела необязательно и не влияет на право вашего ребенка получать питание бесплатно или по сниженной стоимости.

Отметьте все применимые варианты расовой идентичности:

- ☐ Американские индейцы или коренные жители Аляски
- ☐ Азиаты
- ☐ Темнокожие или афроамериканцы
- ☐ Коренные жители Гавайев или других островов Тихого океана
- ☐ Белые

Отметьте один вариант этнической идентичности:

- ☐ Испаноязычные или латиноамериканцы
- ☐ Не испаноязычные или латиноамериканцы

Критерии участия в программе предоставления питания ребенку. В соответствии с Национальным законом Richard B. Russell о школьном питании (Richard B. Russell National School Lunch Act) требуется предоставить информацию, запрашиваемую в этой форме заявки. Предоставлять эту информацию необязательно, но в противном случае мы не сможем утвердить для вашего ребенка получение питания бесплатно или по сниженной стоимости. Необходимо указать последние четыре цифры номера социального страхования совершеннолетнего члена домохозяйства, подписавшего форму заявки. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаете заявку от имени приемного ребенка, указываете номер дела в рамках Программы дополнительной помощи с продуктами питания (Basic Food), Программы временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) или Программы распределения продуктов питания в индейских резервациях (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) либо другой идентификатор FDPIR для вашего ребенка, а также если вы указываете, что у совершеннолетнего члена домохозяйства, подписывающего заявку, нет номера социального страхования. Мы будем использовать предоставленную вами информацию, чтобы определить, имеет ли ваш ребенок право получать питание бесплатно или по сниженной стоимости, а также для администрирования и реализации программ предоставления обедов и завтраков. Мы МОЖЕМ передавать информацию о вашем праве на участие программам в сфере образования, здравоохранения и питания, чтобы они могли оценить, профинансировать или определить помощь в рамках своих программ; аудиторам для проведения проверок программ; а также сотрудникам правоохранительных органов для расследования нарушений правил программ.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах, нормами и правилами Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в отношении гражданских прав, в этом учреждении запрещена дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (в том числе гендерной самоидентификации и сексуальной ориентации), инвалидности, возраста, а также репрессии или преследования за предыдущую деятельность в области защиты гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на других языках, помимо английского. Люди с инвалидностью, 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, которое управляет программой, либо в Центр технологий и доступных ресурсов для обеспечения трудоустройства (Technology and Accessible Resources Give Employment Today Center, TARGET Center) при USDA по номеру (202) 720-2600 (голосовая связь и линия TTY) или связаться с USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений (Federal Relay Service) по номеру (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, податель должен заполнить форму AD-3027 (форма жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA). Ее можно получить онлайн (https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf), в любом офисе USDA, позвонив по номеру (866) 632-9992 или написав письмо в USDA. Письмо должно содержать имя, адрес, номер телефона подателя жалобы и достаточно подробное письменное описание предполагаемого дискриминационного действия, чтобы проинформировать заместителя секретаря по гражданским правам (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо подать в USDA одним из следующих способов: **По почте на адрес:** U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 **По факсу на номер:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442 **По электронной почте на адрес:** Program.Intake@usda.gov Это учреждение предоставляет равные возможности. Заявление школьного округа

ВСТАВЬТЕ НАЗВАНИЕ ОКРУГА School District о недопущении дискриминации

Школьный округ Снохомиш не допускает дискриминации ни в каких программах или мероприятиях по признаку пола, расы, вероисповедания, религии, цвета кожи, национального происхождения, возраста, статуса ветерана или военнослужащего, сексуальной ориентации, гендерного самовыражения или идентичности, инвалидности или использования обученной собаки-поводыря или служебного животного и предоставляет равный доступ к бойскаутам и другим назначенным молодежным группам. Следующие сотрудники были назначены для рассмотрения вопросов и жалоб на предполагаемую дискриминацию: Координатор по гражданским правам и координатор Раздела IX — Даррил Пернат, 1601 Avenue D, Снохомиш, WA 98290, 360-563-7285, darryl.pernat@sno.wednet.edu; Координатор по вопросам ADA — Шантель Страндт, 1601 Avenue D, Снохомиш, WA 98290, 360-563-7229, shantel.strandt@sno.wednet.edu; Координатор по разделу 504 — Венди Маккалок, 1601 Avenue D, Снохомиш, WA 98290, 360-563-7308, wendy.mcculloch@sno.wednet.edu; и координатор по преследованию, запугиванию и издевательствам — Дженнифер Харлан, 1601 Avenue D, Снохомиш, WA 98290, 360-563-7375, jennifer.harlan@sno.wednet.edu

Согласие на передачу информации о праве на бесплатное или льготное питание

ДА! Прошу передать информацию о праве моего ребенка (детей) на бесплатное или льготное питание в рамках школьного округа Снохомиш (Snohomish School District). Подписывая данный документ, я разрешаю передавать сведения о наличии у моего ребенка (детей) права на бесплатное или льготное питание другим программам и службам округа Снохомиш с целью снижения или отмены следующих платежей:

☐ Плата за учебные материалы, занятия, лабораторные работы или тестирование

☐ Плата за внеклассные и спортивные мероприятия, участие в музыкальных коллективах, экскурсии и мероприятия ученического самоуправления (Associated Student Body)

_____ _____

Подпись родителя / законного представителя Дата

ЗАПОЛНЯЕТСЯ АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШКОЛЫ — НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ

ПЕРЕВОД В ГОДОВОЙ ДОХОД: раз в неделю x 52; раз в две недели x 26; дважды в месяц x 24; раз в месяц x 12. (**НЕ** переводите в годовой доход, если домохозяйство не указывает несколько вариантов периодичности выплат.)

УТВЕРЖДЕНИЕ МЕСТНЫМ ОРГАНОМ ОБРАЗОВАНИЯ (LOCAL EDUCATIONAL AGENCY, LEA):

- ☐ Basic Food / TANF / FDPIR / приемная семья
- ☐ Доход домохозяйства

Общий размер домохозяйства _____

Общий доход домохозяйства _____ $

Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц	Годовой доход
☐	☐	☐	☐	☐

ЗАЯВКА УТВЕРЖДЕНА НА:

- ☐ Бесплатное питание
- ☐ Питание по сниженной стоимости

ЗАЯВКА ОТКЛОНЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ ПРИЧИНАМ:

- ☐ Доход выше разрешенной суммы
- ☐ Другое: _____
- ☐ Информация не указана или указана не полностью

_____	_____	_____	_____
Дата отправки уведомления	Подпись лица, утверждающего заявку	Дата	Идентификационный номер заявки