

2026-2027 निः शुल्क र कम मूल्यमा कूल को भोजन आवेदन फाराम

घरका सबै सदस्यहरू				
घरका सबै सदस्यहरूको नाम पहिलो, मध्य, अन्तिम	प्रत्येक बालबालिकाको लागि विद्यालयको नाम र ग्रेड स्तर/वा यदि बच्चा विद्यालयमा छैन भने NA संकेत गर्नुहोस्	पालनपोषण बच्चा (कल्याणकारी निकाय वा अदालतको कानुनी जिम्मेवारी) जाँच गर्नुहोस्। यदि सूचीबद्ध सबै बच्चाहरू पालनपोषण बच्चाहरू हुन् भने, यो फाराममा हस्ताक्षर गर्न भाग 5 मा जानुहोस्।	आय छैन भने जाँच गर्नुहोस्	
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

भाग 2. लाभहरू: यदि तपाईंको परिवारको कुनै सदस्यले पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) वा ओहायो वर्क्स फर्स्ट (OWF) लाभहरू प्राप्त गर्दछ भने, लाभहरू प्राप्त गर्ने व्यक्तिको नाम र 7 अंकको केस नम्बर प्रदान गर्नुहोस् र भाग 5 मा जानुहोस्। यदि कसैले पनि यी फाइदाहरू प्राप्त गर्दैनन्, भाग 3 मा जानुहोस्।

नाम: _____ 7 अंकको केस नम्बर: _____

भाग 3: यदि तपाईंले आवेदन गरिरहनु भएको कुनै बच्चा घरबार विहीन, आप्रवासी, वा भागेको छ भने उपयुक्त बाक्स जाँच गर्नुहोस् र sharon.prentice@reyn.org वा 614-501-1034 मा Sharon prentice लाई कल गर्नुहोस्।

घरबार विहीन _____ आप्रवासी _____ भागेको _____

भाग 4: घरेलु कुल आय (कटौती अघि). प्राप्त गर्ने व्यक्तिको रूपमा एउटै लाइनमा सबै आय सूचीबद्ध गर्नुहोस्। यो कति पटक प्राप्त भयो भनेर बाक्स जाँच गर्नुहोस्। प्रत्येक आय एक पटक मात्र रेकर्ड गर्नुहोस्।

नाम (आम्दानी भएका सबै परिवारका सदस्यहरूको सूची बनाउनुहोस्)	कटौती गरिनु अधिको आय र कति पटक प्राप्त भयो															
	कटौती गरिनु अधिको आय	साप्ताहिक	प्रत्येक 2 हप्ता	दर्रै पटक मासिक	मासिक		साप्ताहिक	प्रत्येक 2 हप्ता	दर्रै पटक मासिक	मासिक		साप्ताहिक	प्रत्येक 2 हप्ता	दर्रै पटक मासिक	मासिक	कल्याण, बाल सहयोग, भत्ता पेन्सन, सेवानिवृत्ति, सामाजिक सुरक्षा, SSI, VA लाभ अन्य सबै आय (आवृत्ति संकेत गर्नुहोस्)
Example) Jane Smith	\$200	☐	☐	☐	☐	\$150	☐	☐	☐	☐	\$0	☐	☐	☐	☐	\$50/quarterly
		☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	

भाग 5. स्कूल शिक्षण शुल्क माफी वयस्क सहमति: तपाइका छोराछोरी उनीहरूको विद्यालयमा लाग्ने शिक्षा शुल्कको माफीको लागि योग्य हुन सक्छन्। तपाइको बच्चाहरू शुल्क माफी को लागी योग्य छन् कि भनेर निर्धारण गर्नका लागी तपाइको खाना आवेदन जानकारी स्कूल अधिकारीहरूसँग साझा गर्नका लागी तपाइको अनुमति आवश्यक छ। कृपया एउटा बक्स जाँच गर्नुहोस्: ☐ हुन्छ, मेरा बच्चाहरू शुल्क माफीको लागि योग्य छन् कि छैनन् भनी निर्धारण गर्न मेरो खानाको आवेदन प्रयोग गर्न म सहमत छु।

☐ हुँदैन, मेरा बच्चाहरू केही छूटका लागि योग्य छन् कि छैनन् भनी निर्धारण गर्न मेरो खानाको आवेदन प्रयोग गर्न म सहमत छैन।

अभिभावक/संरक्षक हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

भाग 6. हस्ताक्षर र सामाजिक सुरक्षा नम्बरको अन्तिम चार अंक (वयस्कले हस्ताक्षर गर्नुपर्छ)

घरको वयस्क सदस्यले आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। यदि भाग 4 पूरा भयो भने, फारममा हस्ताक्षर गर्ने वयस्कले उसको सामाजिक सुरक्षा नम्बरको अन्तिम चार अंकहरू पनि सूचीबद्ध गर्नुपर्छ वा "मसँग सामाजिक सुरक्षा नम्बर छैन" बाक्स चिन्ह लगाउनु पर्छ। (यस पृष्ठको पछाडि गोपनीयता ऐन कथन हेर्नुहोस्।) म प्रमाणित गर्छु (वादा) कि यो आवेदनमा सबै जानकारी सत्य छ र सबै आय रिपोर्ट गरिएको छ। मैले दिएको जानकारीका आधारमा विद्यालयले संधीय अनुदान प्राप्त गर्नेछ भन्ने मैले बुझ्नेछु। म बुझ्छु कि अधिकारीहरूले जानकारी प्रमाणित (जाँच) गर्न सक्छन्। म यो पनि बुझ्छु कि जानकारीमा जानाजानी गलत प्रस्तुतिले मेरा बच्चाहरूले खानाको लाभ गुमाउन सक्छ र म राज्य र संधीय कानून अन्तर्गत अभियोगको अधीनमा हुन सक्छु।

यहाँ हस्ताक्षर गर्नुहोस्: _____ नाम लेख्नुहोस्: _____ मिति: _____
 ठेगाना: _____ फोन न: _____
 सोसल सेक्युरिटीको अन्तिमको चार अङ्क: _____ ☐ मेरो सोसल सेक्युरिटी नम्बर छैन

भाग 7. बालबालिकाको जातीय र नस्लीय पहिचान: हामीले तपाइको बालबालिकाको जाति र नसलको बारेमा जानकारी माग्न आवश्यक छ। यो जानकारी महत्वपूर्ण छ र हामीले हाम्रो समुदायलाई पूर्ण रूपमा सेवा गरिरहेका छौं भनेर सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्दछ। यस खण्डमा जबाफ दिनु ऐच्छिक हो र यसले निःशुल्क वा कम मूल्यको खानाको लागि तपाइको बालबालिकाको योग्यतालाई असर गर्दैन।

Choose one ethnicity	☐ एशियाली	☐ अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी
☐ हिस्पानिक/ल्याटिनो	☐ स्वेत जाति	☐ मूल हवाईयन वा अन्य प्यासिफिक टापुवासी
☐ हिस्पानिक/ल्याटिनो होइन	☐ कालो जाति	

यो खण्ड पूरा नगर्नुहोस् । स्कूलको प्रयोगको लागि मात्र हो ।

Annual income conversion: weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice per Month, Month, Year Household size: _____
 Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free _____ Reduced: _____ Denied: _____ Reason: _____
 Determining/Approval Official's signature: _____ Date: _____
 Confirming Official's Signature: _____ Date: _____
 Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____
 If selected for verification, Date Verification Notice Sent: _____ Response Date: _____ 2nd Notice Sent: _____ Result Sent: _____
 Verification Result: No change _____ Free to Reduced Price _____ Free to Paid _____ Reduced price to Free _____ Reduced Price to Paid _____

यदि तपाइको पारिवारिक आय यो नमुना चित्रको आय मापदण्ड भित्र पर्यो भने तपाइको बच्चा ले निःशुल्क वा कम शुल्कमा स्कूलको खाना प्राप्त गर्न सक्ने छन् ।

गोपनीयता नियम कथन: यसले तपाइले प्रदान गरेको जानकारी हामी कसरी प्रयोग गर्छौं भन्ने व्याख्या गरिन्छ ।

रिचार्ड बि. रुसेल राष्ट्रिय स्कूल खाना सम्बन्धित नियमले यो फाराममा जानकारी अनिवार्य गरेको छ । तपाइले जानकारी प्रदान गरी राख्नु पर्दैन तर जानकारी नदिदा, हामी तपाइको नानीलाई निः शुल्क वा कम शुल्कको खाना प्रदान गर्न असमर्थ छौं । तपाइले नानीको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने अभिभावकको अनिवार्य रूपमा सोसल सेक्युरिटी नम्बरको ४ अंक प्रदान गरिनु पर्ने हुन्छ । यदि तपाइले अभिभावक बिहिन बाल-बच्चाका विषयमा आवेदन भर्नु हुँदै छ वा तपाइले पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP), ओहायो वर्क फ्रन्ट (OWF) सहायता कार्यक्रमको केस नम्बर वा अन्य पहिचान प्रदान गर्नु भएको छ भने वा हस्ताक्षर गर्ने अभिभावकले मेरो सोसल सेक्युरिटी नम्बर छैन भनि उद्धृत गर्नु भएको छ भने सोसल सेक्युरिटी नम्बर प्रदान गर्न आवश्यक छैन ।

विद्यालय वर्ष २०२६-२०२७ का लागि आय योग्यता मापदण्ड			
परिवारको सदस्य संख्या	वार्षिक आय	मासिक आय	साप्ताहिक आय
१	\$ २९,५२६	\$ २,४६१	\$ ५६८
२	\$ ४०,०३४	\$ ३,३३७	\$ ७७०
३	\$ ५०,५४२	\$ ४,२१२	\$ ९२७
४	\$ ६१,०५०	\$ ५,०८८	\$ १,१७५
५	\$ ७१,५५८	\$ ५,९६४	\$ १,३७७
६	\$ ८२,०६६	\$ ६,८३९	\$ १,५७९
७	\$ ९२,५७४	\$ ७,७१५	\$ १,७८१
८	\$ १,०३,०८२	\$ ८,५९१	\$ १,९८३
प्रत्येक थप सदस्यका लागि:	\$ १०,५०८	\$ ८७६	\$ २०३

तपाइले प्रदान गरेको जानकारी हामी नानीले निः शुल्क वा कम शुल्कमा खाना पाउने हो वा होइन भन्ने निर्धारण गर्न र खाना कार्यक्रमको व्यवस्थापन र प्रवर्तन गर्ने विषयमा प्रयोग गर्ने छौं । हामी तपाइले प्रदान गरेको जानकारी स्कूल, स्वस्थ तथा पोषण कार्यक्रम निरीक्षण, राहत वा उनीहरूको सेवा निर्धारण गर्न, कार्यक्रम लेखा परीक्षकलाई समीक्षा गर्न र कानुन प्रवर्तन अधिकारीलाई कार्यक्रमको नियम उल्लङ्घन भए नभएको हेर्नका लागि दिइन्छ ।

USDA गैर-भेदभाव कथन

संघिय नागरिक अधिकार नियम तथा संयुक्त राज्य अमेरिकी कृषि विभागको (USDA) नागरिक अधिकार नीति नियमका आधारमा कृषि विभाग, त्यसका अन्य संस्थाहरू, कार्यालयहरू, र कर्मचारीहरू तथा कुनै पनि कृषि विभागसँग आबद्ध संगसंस्था वा कृषि विभाग मार्फत कार्यक्रम चलाइरहेका संस्थाले कसैको जाति, वर्ण, रैग, राष्ट्रिय मूल, लिङ्ग, अपाङ्गता, उमेर वा कृषि विभाग (USDA) मार्फत राहत प्राप्त गरेका कार्यक्रमले पहिले भएका कुनै पनि नागरिक अधिकार उल्लङ्घन गतिविधिलाई लिएर बदला वा प्रतिकार स्वरूप भेदभाव गर्न निषेधित गरेको छ ।

अपाङ्गता भएका व्यक्ति जसलाई वैकल्पिक संचार माध्यमको आवश्यकता पर्छ (जस्तै: बरायल, ठूलो अक्षरको लेख, अडियो टेप, अमेरिकी सांकेतिक भाषा आदि) उनीहरूले आफूले सहायता आवेदन भरेको संस्थासँग (छेलीय वा राज्य) सम्पर्क गर्नु पर्ने छ । जो व्यक्ति कान सुन्दैन वा बहिरा छन् वा बोली अक्षमता छ भने उनीहरूले कृषि विभागमा (USDA) संघीय रिले सेवामार्फत (८००)८७७-८३३९ मा सम्पर्क गर्न सक्नु हुने छ । साथै कार्यक्रमको जानकारी अंग्रेजी भाषा भन्दा अन्य भाषाहरूमा पनि उपलब्ध गराइने छ ।

उजुरी कर्ताले भेदभाव सम्बन्धी उजुरी कृषि विभागको कार्यक्रममा भेदभाव उजुरी फाराम (USDA AD-3027) मार्फत उजुरी दायर गर्न सक्नु हुने छ । तपाइले यो फाराम अनलाइन मार्फत : http://www.ascr.usda.gov/complaint_filling_cust.html र कुनै पनि (USDA) कार्यालय मा पाउन सक्नु हुने छ वा तपाइले (USDA) को फोन नम्बरमा (866) 632-9992 कल गरी वा USDAको ठेगानामा चिठ्ठी लेख्न सक्नुहुने छ । तपाइले त्यो चिठ्ठीमा उजुरी कर्ताको नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, र भेदभावपूर्ण कार्यको विस्तृत वर्णन गरिएको हुनुपर्ने छ । पत्रमा उजुरी कर्ताको नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर, र कथित नागरिक अधिकार उल्लङ्घनको प्रकृति र मिति बारे नागरिक अधिकारका लागि सहायक सचिव (ASCR) लाई जानकारी दिन पर्याप्त विवरणमा कथित भेदभावपूर्ण कार्यको लिखित विवरण समावेश हुनुपर्छ । पूरा भएको AD-3027 फाराम वा पत्र USDA मा पेश गर्नु पर्नेछ ।

1. Mail:
 U.S Department of Agriculture
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights.
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410; or

2 Fax: (833)256-1665 or (202)690-7442 or Email: program.intake@usda.gov

यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो ।