2026–27 Elegibilidade para Nutrição Infantil e Solicitação de Benefício Educacional - Distrito Escolar de Lake Washington

Inscreva-se online: www.myschoolapps.com

Esta inscrição pode qualificá-lo para: benefícios de refeição, benefícios EBT de verão (se matriculado em uma escola NSLP / SBP), taxas reduzidas para outros programas e atividades e / ou ajudar a garantir financiamento para seu distrito escolar. Se seu(s) filho(s) estiver(em) matriculado(s) em uma escola de Provisão de Elegibilidade Comunitária (CEP) ou Provisão 2, o preenchimento deste formulário não afetará sua elegibilidade para receber refeições sem nenhum custo.

Preencha, assine e devolva este formulário para: Escola do seu filho ou LWSD Business Services, 16250 NE 74th St., Redmond, WA 98052. Você também pode imprimir o aplicativo, assinar, digitalizar em formato PDF e enviar por e-mail para: F-RMealApp@lwsd.org

Verifique aqui se você recebeu benefícios de refeição no ano passado: ☐

1. Lista **Todos os alunos** morando com você que está frequentando a escola. Se o aluno estiver em um orfanato, em situação de rua ou recebendo serviços de educação para migrantes, indique isso colocando um "x" na caixa apropriada. Inclua qualquer renda pessoal recebida pelo aluno e faça um "x" na caixa correta para a frequência com que é recebida. ☐ **Sem-teto** ☐ **Migrante**

Sobrenome do aluno	Nome do aluno	MI	Adoptivo	Data de nascimento	Escola	Grau	Renda do Aluno	Semanalm	Quinzenal	2 x mês	Mensal
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. Se algum membro da família (incluindo você) participar atualmente de um ou mais dos seguintes programas de assistência, escreva um número de caso. Se não, vá para a Etapa 3.

☐ Alimentação Básica ☐ TANF ☐ Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDIPR) Número do processo: _____

3. Liste os nomes de todos os outros membros da família - Insira a renda (em dólares inteiros) e VERIFIQUE com que frequência ela é recebida. Se um membro da família não receber renda, escreva 0. Se você inserir 0 ou deixar as seções de renda em branco, estará prometendo que não há receita para relatar.

Nomes de TODOS os outros membros da família (não inclua os alunos listados acima)	Adoptivo	Ganhos do trabalho (antes de quaisquer deduções)	Semanalmen	Quinzenal	2 x mês	Mensal	Assistência Pública/Pensão Alimentícia/ Pensão Alimentícia	Semanalmen	Quinzenal	2 x mês	Mensal	Pensões/ Reforma/ Segurança Social (SSI)	Semanalmen	Quinzenal	2 x mês	Mensal	Qualquer outra renda ainda não listada	Semanalmen	Quinzenal	2 x mês	Mensal
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Total de membros da família (inclui todas as pessoas que moram em sua casa): _____ **Últimos quatro dígitos do número do seguro social (SSN) de** _____ Verifique se não há SSN: ☐

(o total listado deve ser igual ao número de membros da família listados acima) **Assalariado Principal ou Outro Membro da Família** (*Opcional se estiver apenas se candidatando ao EBT de verão)*

5. Informações de contato e assinatura – Preencher, assinar e devolver este aplicativo para:

Certifico (prometo) que todas as informações neste aplicativo são verdadeiras, que toda a renda é relatada e que minha família não recebe benefícios EBT de verão por meio de um estado diferente ou organização tribal indiana (se aplicável). Entendo que essas informações são fornecidas em conexão com o recebimento de benefícios federais ou estaduais e que os funcionários da escola podem verificar (verificar) as informações. Estou ciente de que, se eu propositalmente fornecer informações falsas, meus filhos podem perder esses benefícios e posso ser processado de acordo com as leis estaduais e federais aplicáveis.

Nome Impresso do Membro Adulto da Família | **Assinatura de um membro adulto da família** | **Endereço de e-mail**

Endereço | **Cidade, Estado & CEP** | **Telefone diurno** | **Data**

6.Identidades raciais e étnicas das crianças (opcional) - Somos obrigados a solicitar informações sobre a raça e etnia de seu filho. Essas informações são importantes e ajudam a garantir que estamos servindo plenamente nossa comunidade. Responder a esta seção é opcional e não afeta a elegibilidade de seu filho para refeições gratuitas ou a preço reduzido

Verifique uma ou mais identidades raciais:

- ☐ Americano Índio ou ativo do Alasca
- ☐ Negro ou afro-americano
- ☐ Branco
- ☐ Asiático
- ☐ Nativo havaiano ou das ilhas do Pacífico

Verifique uma identidade:

- ☐ Hispânico ou latino
- ☐ Não Hispânico ou latino

7.Consentimento para compartilhar informações sobre sua elegibilidade para o programa de nutrição infantil apenas para receber benefícios adicionais (opcional):

Se você se qualificar para refeições gratuitas ou a preço reduzido, poderá se qualificar para tarifas gratuitas ou a preço reduzido para participar de outros programas escolares. Você não é obrigado a preencher esta seção, portanto, se não o fizer, a elegibilidade de seu filho para refeições gratuitas ou a preço reduzido não será afetada. Somente o nome do aluno e o status de elegibilidade serão compartilhados, e os indivíduos ou programas que receberem as informações de status de elegibilidade não compartilharão essas informações com nenhuma outra entidade ou programa. Indique os programas que você autoriza que conhecem seu status de elegibilidade preenchendo a seção abaixo. Isso autoriza apenas a liberação do nome e do status de elegibilidade. Não será permitido o compartilhamento de informações adicionais ou demográficas.

Marque para participar	Título do Programa Escolar:	Como as informações compartilhadas serão usadas:
ð	Atividades extracurriculares, incluindo taxas ASB e taxas de participação esportiva	Elegibilidade para isenção de taxa
ð	Taxas do teste PSAT/SAT	Elegibilidade para isenção de taxa
ð	Taxas da escola de verão	Elegibilidade para redução de taxa

Nome dos pais ou responsáveis impressos | **Assinatura dos pais ou responsáveis** | **Data**

A Lei Nacional de Merenda Escolar Richard B. Russell exige essas informações neste aplicativo. Você não é obrigado a fornecer essas informações, mas se não o fizer, não podemos autorizar seus filhos a receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve incluir os últimos quatro dígitos do número do Seguro Social do membro adulto da família que assina o aplicativo. Os últimos quatro dígitos do número do Seguro Social não são necessários quando você está se inscrevendo em nome de uma criança em um orfanato ou se você fornece um Alimento Básico (Programa de Assistência Nutricional Suplementar), Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF), Programa ou Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) ou outro número de arquivo o identificador FDPIR do seu filho, ou quando indica que o membro adulto da família que assina o aplicativo não possui um número de Seguro Social. Usaremos suas informações para determinar se seu filho é elegível para refeições gratuitas ou a preço reduzido e para a administração e execução de programas de almoço e café da manhã. PODEMOS compartilhar essas informações com programas de educação, saúde e nutrição para ajudá-los a avaliar, determinar o desempenho de seus programas, auditores para revisar programas e policiais para ajudá-los a investigar violações das regras do programa.

De acordo com a lei federal de direitos civis e os padrões e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta entidade está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

Informações sobre o programa podem estar disponíveis em outros idiomas além do inglês. Indivíduos com deficiência que precisam de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio, Linguagem de Sinais Americana (ASL), etc.) devem entrar em contato com a agência local ou estadual responsável pela administração do programa ou com o USDA TARGET Center pelo telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entre em contato com o USDA através do Federal Relay Service pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma queixa de discriminação no programa, o reclamante deve preencher um Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação por Discriminação no Programa USDA, que pode ser obtido online em: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource arquivos / usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632 a 9992 ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone do reclamante e uma descrição por escrito da suposta ação discriminatória com detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O Formulário AD-3027 ou carta preenchido deve ser enviado ao USDA por:

(1) Correio:
Departamento de Agricultura dos EUA
Gabinete do Secretário Adjunto para os Direitos Civis
Avenida da Independência, 1400, SW
Washington, D.C. 20250-9410; ou

(2) Fax:
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) E-mail:
program.intake@usda.gov

Esta entidade é um provedor de oportunidades iguais.

Esta instituição é uma provedora de oportunidades iguais.
Declaração de Não Discriminação do Distrito Escolar de Lake Washington
O Distrito Escolar de Lake Washington fornecerá oportunidades educacionais iguais e tratamento para todos os alunos em todos os aspectos dos programas acadêmicos, de atividade ou de emprego do Distrito, sem discriminação. Avisos anuais e contínuos de não discriminação serão publicados de acordo com a lei. Esta instituição é uma provedora de oportunidades iguais.

SOMENTE PARA USO ESCOLAR - NÃO ESCREVA ABAIXO DESTA LINHA

CONVERSÃO DE RENDA ANUAL: Semanal x 52; Quinzenal x 26; Duas vezes por mês x 24; Mensal x 12. (Faça **NÃO** converter para renda anual, a menos que a família relate várias frequências de pagamento).

APROVAÇÃO LEA: ☐ Alimentação Básica/TANF/FDPIR/Foster ☐ Renda Familiar

Tamanho total da família _____

Renda familiar total $_____

Semanalmente	Quinzenal	2x por mês	Mensal	Anual
☐	☐	☐	☐	☐

PEDIDO APROVADO PARA: ☐ Elegível para Grátis ☐ Elegível para Preço Reduzido

PEDIDO NEGADO PORQUE: ☐ Receita sobre o valor permitido ☐ Outro: _____ ☐ Informações incompletas/ausentes

Data de envio do aviso	Assinatura do Oficial de Aprovação	Data
_____	_____	_____