

**National School Lunch Program/School Breakfast Program**  
**(Національна програма шкільних обідів/програма шкільних сніданків)**  
**Лист домогосподарствам (державні школи) 2026-27 рр.**

Шановний батько/опікун:

Заповнення Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Заяви на отримання пільги на харчування та освіту) може дати вам право на: безкоштовне або пільгове харчування, літні пільги EBT, зниження плати на інші програми та заходи, а також допоможе забезпечити фінансування вашого шкільного округу. Вартість шкільного харчування вказана нижче.

Дітям, які мають право на безкоштовне та пільгове харчування в класах K-12, сніданок і обід надаватимуться безкоштовно. З усіх інших студентів стягуватиметься плата за вказаними нижче ставками.

## Хто має заповнити заяву?

Заповніть заяву, якщо:

- Загальний дохід домогосподарства ДОРІВНЮЄ або МЕНШИЙ, ніж сума, зазначена на графіку.
- Ви отримуєте Основні продукти харчування, берете участь у Food Distribution Program on Indian Reservations (Програмі розподілу продовольства в індіанських резерваціях, FDIPIR) або отримуєте Temporary Assistance for Needy Families (Тимчасову допомогу для нужденних сімей, TANF) для своїх дітей.
- Ви подаєте заяву на прийомних дітей, які перебувають під юридичною відповідальністю агентства з опіки та піклування або суду.

Подайте заяву **your student's school or the District office.**

Обов'язково подавайте **ЛИШЕ ОДНУ** заяву на домогосподарство. Ми повідомимо вас, якщо заяву буде схвалено або відхилено. Якщо будь-яка дитина, на яку ви подаєте заяву, є безпритульною (McKinney-Vento) або мігрантом, поставте позначку у відповідному полі.

## Що вважається доходом? Хто вважається членом мого домогосподарства?

Подивіться на таблицю доходів нижче. Знайдіть розмір свого домогосподарства. Знайдіть загальний дохід домогосподарства. Якщо члени домогосподарства отримують оплату в різний час протягом місяця, і ви не впевнені, чи має ваша сім'я право участі в програмі, заповніть заяву, і ми визначимо, чи маєте ви право у зв'язку з вашим доходом. Надана вами інформація буде використана для визначення права вашої дитини на безкоштовне харчування або харчування за зниженою ціною.

Прийомні діти, які перебувають під юридичною відповідальністю агентства з опіки та піклування або суду, мають право на безкоштовне харчування незалежно від особистого доходу. Якщо у вас виникли запитання щодо оформлення пільг на харчування прийомних дітей, зв'яжіться з нами за номером 253-517-1000.

| USDA Child Nutrition Program Income Guidelines<br>Effective July 1, 2026–June 30, 2027 |           |         |                 |                 |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------------|-----------------|---------|
| Household Size                                                                         | Annual    | Monthly | Twice Per Month | Every Two Weeks | Weekly  |
| 1                                                                                      | \$29,526  | \$2,461 | \$1,231         | \$1,136         | \$568   |
| 2                                                                                      | \$40,034  | \$3,337 | \$1,669         | \$1,540         | \$770   |
| 3                                                                                      | \$50,542  | \$4,212 | \$2,106         | \$1,944         | \$972   |
| 4                                                                                      | \$61,050  | \$5,088 | \$2,544         | \$2,349         | \$1,175 |
| 5                                                                                      | \$71,558  | \$5,964 | \$2,982         | \$2,753         | \$1,377 |
| 6                                                                                      | \$82,066  | \$6,839 | \$3,420         | \$3,157         | \$1,579 |
| 7                                                                                      | \$92,574  | \$7,715 | \$3,858         | \$3,561         | \$1,781 |
| 8                                                                                      | \$103,082 | \$8,591 | \$4,296         | \$3,965         | \$1,983 |
| For each add'l family member, add:                                                     | \$10,508  | \$876   | \$438           | \$405           | \$203   |

**ДОМОГОСПОДАРСТВО** — це всі особи, включаючи батьків, дітей, бабусь і дідусів, а також усіх людей, пов'язаних чи не пов'язаних між собою, які живуть у вашому домі та спільно оплачують проживання. Якщо ви подаєте заяву на сім'ю з прийомною дитиною, ви можете включити прийомну дитину до загального розміру домогосподарства.

**ДОХОДОМ ДОМОГОСПОДАРСТВА** вважається дохід, отриманий кожним членом домогосподарства до сплати податків. Це включає заробітну плату, соціальне страхування, пенсію, допомогу по безробіттю, соціальну допомогу, аліменти на дітей, аліменти та будь-які інші грошові доходи. Якщо ви включаєте прийомну дитину до складу домогосподарства, ви також повинні вказати особистий дохід прийомної дитини. Не вказуйте виплати прийомним батькам як дохід.

## Що має бути в заяві?

### A. Для домогосподарств, які не отримують жодної допомоги:

- Ім'я (імена) учня(ів)
- Імена всіх членів домогосподарства
- Доходи всіх членів домогосподарства в розбивці за джерелами
- Підпис дорослого члена домогосподарства
- Останні 4 цифри номера соціального страхування дорослого члена домогосподарства, який підписує заяву (або, якщо доросла особа, яка підписує заяву, не має номера соціального страхування, позначте відповідне поле).

Заповніть *частини 1, 2, 3, 4 і 5; частина 6* необов'язкова.

### B. Для домогосподарств, в якій є лише прийомна(і) дитина (діти)

- Ім'я учня
- Підпис дорослого члена домогосподарства

Заповніть *частини 1 і 5; частина 6* необов'язкова. Ви також можете надіслати школі копію судової документації, яка свідчить про те, що прийомна(і) дитина (діти) була/були передані вам, замість заповнення форми заяви.

**Останні 4 цифри номера SSN не потрібні для частини B.**

**National School Lunch Program/School Breakfast Program**  
**(Національна програма шкільних обідів/програма шкільних сніданків)**  
**Лист домогосподарствам (державні школи) 2026-27 рр.**

**Що має бути в заяві? продовження**

**C. Для сім'ї, яка приймає участь в програмі Основні продукти харчування/TANF/FDPIR:**

- Перелічіть імена всіх учнів
  - Введіть номер справи
  - Підпис дорослого члена домогосподарства
- Заповніть частини 1, 2, 4 і 5. Частина 6 необов'язкова.  
Останні 4 цифри номера SSN не потрібні для частини C.

**D. Для домогосподарства з прийомною(ими) дитиною (дітьми) та іншими дітьми:**

Подайте заяву як домогосподарство та включіть прийомних дітей. Дотримуйтеся вказівок для частини «A. Для домогосподарств, які не отримують жодної допомоги:» і включіть особистий дохід прийомної дитини.

**Що робити, якщо я не отримую гроші на основні продукти харчування?**

Якщо ваша участь у програмі Basic Food (Основні продукти харчування) була схвалена, але насправді ви не отримуете гроші за програмою Basic Food (Основні продукти харчування), ви можете мати право на безкоштовне харчування або харчування за зниженою ціною. Ви повинні подати заяву на отримання пільг на харчування, заповнивши заяву на надання харчування та надавши її до школи вашої дитини.

**Чи отримують мої діти автоматично право на участь в програмі, якщо у них є номер справи?**

Так. Діти, які приймають участь у програмі TANF або Basic Food (Основні продукти харчування), можуть отримувати безкоштовне харчування, а діти, які отримують деякі пільги Medicaid, можуть мати право на безкоштовне харчування або харчування за зниженими цінами без необхідності заповнення заяви домогосподарством. Ці діти ідентифікуються школою за допомогою процесу зіставлення даних. Цей зіставлений список потім надається працівникам служби шкільного харчування вашої дитини. Учні з цього списку отримують безкоштовне харчування, якщо в їхніх школах є програма безкоштовного сніданку та/або обіду (або за зниженими цінами) (доступно не у всіх школах). Будь ласка, негайно зв'яжіться з нами, якщо ви вважаєте, що ваші діти повинні отримувати безкоштовне харчування, але не отримують його. Якщо ви не хочете, щоб ваша дитина брала участь у програмах безкоштовного харчування за допомогою цього методу, повідомте про це школу.

**Якщо хтось у моєму домогосподарстві має номер справи, чи всі діти матимуть право на безкоштовне харчування?**

Так. Якщо ще хтось з домогосподарства має номер справи, окрім прийомної дитини, ви повинні заповнити заяву та надіслати її до школи вашого учня. Будь ласка, негайно зв'яжіться з нами, якщо ви вважаєте, що інші діти з вашого домогосподарства повинні отримувати безкоштовне харчування, але не отримують його.

**Basic Food (Основні продукти харчування) – чи можу я претендувати на допомогу в купівлі продуктів харчування?**

Basic Food (Основні продукти харчування) — це програма надання талонів на харчування штату. Вона допомагає домогосподарствам зводити кінці з кінцями завдяки надання щомісячної допомоги на купівлю продуктів харчування. Отримати Basic Food (Основні продукти харчування) легко! Ви можете подати заяву особисто в Community Service Office (місцевому відділі надання громадських послуг) DSHS, поштою або онлайн. Також існують інші пільги. Ви можете дізнатися про програму Basic Food (Основні продукти харчування), зателефонувавши за номером 1-877-501-2233 або на сайті <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

**Дія програм у збройних силах. Чи звітують про доходи по-іншому?**

Вашу основну заробітну плату та грошові премії потрібно вказувати як дохід. Якщо ви отримуете грошову допомогу на житло поза базою, їжу чи одяг, це також має бути включено до доходу. Однак, якщо ваше житло є частиною ініціативи з приватизації військового житла, не включайте свою допомогу на житло як дохід. Будь-яка додаткова оплата за участь у бойових діях, отримана в результаті розгортання військ, також виключається з доходу.

**Минулого року заяву моєї дитини схвалили. Чи потрібно заповнювати нову?**

Так. Заява вашої дитини діє лише на цей навчальний рік і на перші кілька днів цього навчального року. Ви повинні надіслати нову заяву, якщо школа не повідомила вам, що ваша дитина має право брати участь у програмі в новому навчальному році.

**Що робити, якщо деякі члени домогосподарства не мають доходів, про які потрібно повідомляти?**

Члени домогосподарства можуть не отримувати деякі види доходів, які ми просимо вказати в заяві, або взагалі не отримувати доходи. У такому випадку, будь ласка, вкажіть 0 у полі. Однак якщо будь-які поля доходу залишаються порожніми або пустими, вони також будуть вважатися нулями. Будьте обережні, залишаючи поля доходу порожніми, оскільки ми припускаємо, що ви мали намір це зробити.

**Медичне страхування**

Щоб дізнатися про медичне страхування для дітей з вашої родини чи подати заяву на нього, відвідайте сайт <http://www.wahealthplanfinder.org> або зателефонуйте до Служби інформування про медичне страхування штату Washington за номером 1-855-923-4633.

**Що робити, якщо моїй дитині потрібно спеціальне харчування?**

Якщо ваша дитина потребує спеціального харчування, зверніться до шкільного/районного закладу надання харчування.

**Підтвердження відповідності вимогам**

Надана вами інформація може бути перевірена в будь-який час. Вас можуть попросити надіслати додаткову інформацію, щоб підтвердити, що ваша дитина має право на безкоштовне харчування та харчування за зниженими цінами.

**National School Lunch Program/School Breakfast Program**  
**(Національна програма шкільних обідів/програма шкільних сніданків)**  
**Лист домогосподарствам (державні школи) 2026-27 рр.**

**Об'єктивний розгляд справи**

Якщо ви не погоджуєтесь з рішенням щодо заяви вашої дитини або процесу, який використовується для підтвердження права на отримання пільг в зв'язку з доходом, ви можете звернутися до [ ] офіційної особи, яка здійснює об'єктивний розгляд справи. Ви маєте право на об'єктивний розгляд справи, який можна організувати, зателефонувавши до школи/шкільного округу за номером [ ]

**Повторна подача заяви**

Ви можете подати заяву на пільги в будь-який час протягом навчального року. Якщо дохід вашого домогосподарства зменшився, розмір домогосподарства збільшився, ви залишилися без роботи або отримуєте пільги за програмою Basic Food (Основні продукти харчування), TANF або FDPIR, ви можете мати право на отримання пільг і у такому випадку можете заповнити заяву.

**Неприпустимість дискримінації USDA**

Згідно з федеральним законом про громадянські права та положеннями й політикою щодо громадянських прав U.S. Department of Agriculture (Міністерства сільського господарства США, USDA) у цій установі заборонена дискримінація за ознаками раси, кольором шкіри, національним походженням, статтю (включно з гендерною ідентичністю та сексуальною орієнтацією), інвалідністю, віком, та репресій чи помста за попередню діяльність у сфері громадянських прав.

Інформація про програму може надаватись іншими мовами, крім англійської. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів), мають звернутися до відповідного державного чи місцевого органу, який адмініструє програму, або до Центру TARGET USDA за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок та ТТТ), або до USDA через федеральну службу ком'ютованих повідомлень за телефоном (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу на дискримінацію за програмою, Заявник має заповнити форму AD-3027, Program Discrimination Complaint Form (Форму скарги на дискримінацію за програмою) USDA, яку можна отримати на сайті <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, в будь-якому офісі USDA, зателефонувавши за номером (866) 632-9992, або написавши листа на адресу USDA. Лист має містити ім'я позивача, адресу, номер телефону та письмовий опис передбачуваної дискримінаційної дії з достатньою кількістю подробиць, щоб повідомити Assistant Secretary for Civil Rights (помічника міністра з громадянських прав, ASCR) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до USDA одним із зазначених способів:

1. **Пошта:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; або
2. **факс:**  
(833) 256-1665 або (202) 690-7442; або
3. **Електронна пошта:**  
[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Ця установа є постачальником рівних можливостей.

# Заява на отримання допомоги на дитяче харчування та освіти (Child Nutrition Eligibility & Education Benefit) (2026/27 р.) —

Подати заяву онлайн: \_\_\_\_\_ Заповніть, підпишіть і поверніть цю заяву за такою адресою: \_\_\_\_\_

Ця заява може надати вам право на пільги на харчування, допомогу за програмою SUN Bucks (Літня грошова допомога) (якщо дитина навчається в школі, що бере участь у Національній програмі шкільних обідів (National School Lunch Program, NSLP) / Програмі шкільних сніданків (School Breakfast Program, SBP)), знижені тарифи на інші програми та заходи та/або допоможе забезпечити фінансування вашого шкільного округу. Якщо ваші діти навчаються в школі, що бере участь у програмі за Положенням про право громади на допомогу (Community Eligibility Provision, CEP) або Положенням 2 (Provision 2), заповнення цієї заяви не вплине на ваше право отримувати безкоштовне харчування.

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

1. Зазначте **всіх учнів**, які живуть у вашому домогосподарстві й відвідують школу. Якщо дитина виховується в прийомній сім'ї, не має постійного місця проживання або отримує освітні послуги для дітей із родин мігрантів, укажіть це, поставивши позначку «х» у відповідному полі. Укажіть будь-який особистий дохід, який отримує дитина, і поставте позначку «х» у відповідному полі, щоб зазначити, як часто вона його отримує. ☐ Безпритульний ☐ Мігрант

| Прізвище учня/учениці | Ім'я учня/учениці | Ініціал другого імені | Під опікою               | Дата народження* | Школа* | Клас* | Дохід учня/учениці | Щотижня                  | Що два тижні             | Двічі на місяць          | Щомісяця                 |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|--------------------------|------------------|--------|-------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       |                   |                       | <input type="checkbox"/> |                  |        |       | \$                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       |                   |                       | <input type="checkbox"/> |                  |        |       | \$                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       |                   |                       | <input type="checkbox"/> |                  |        |       | \$                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       |                   |                       | <input type="checkbox"/> |                  |        |       | \$                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       |                   |                       | <input type="checkbox"/> |                  |        |       | \$                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Якщо будь-хто із членів домогосподарства (включно з вами) зараз бере участь в одній або кількох із наведених нижче програм допомоги, укажіть номер справи. Якщо ні, перейдіть до пункту 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Програма розподілу продовольства в індіанських резерваціях (FDPIR) Номер справи: \_\_\_\_\_

3. Зазначте імена всіх інших членів домогосподарства, укажіть їхній дохід (цілим числом у доларах) і ПОЗНАЧТЕ, як часто він виплачується. Якщо хтось із членів домогосподарства не має доходу, напишіть 0. Якщо ви вводите 0 або залишаєте розділи про доходи порожніми, ви засвідчуєте, що доходів немає.

| Імена ВСІХ інших членів домогосподарства (не вписуйте учнів, зазначених вище) | Під опікою               | Заробіток від роботи (до відрахувань) | Щотижня                  | Що два тижні             | Двічі на місяць          | Щомісяця                 | Грошова допомога від держави/ допомога на дітей/ аліменти | Щотижня                  | Що два тижні             | Двічі на місяць          | Щомісяця                 | Пенсія за віком/інвалідністю/ соціальна допомога: додатковий дохід за соціальним забезпеченням (Supplemental Security Income, SSI) | Щотижня                  | Що два тижні             | Двічі на місяць          | Щомісяця                 | Інші незазначені види доходу | Щотижня                  | Що два тижні             | Двічі на місяць          | Щомісяця                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                               | <input type="checkbox"/> | \$                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> | \$                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> | \$                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> | \$                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> | \$                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Загальна кількість членів домогосподарства (ураховуйте всіх осіб, які проживають у вашому домогосподарстві):  Останні чотири цифри номера соціального страхування (Social Security Number, SSN)  Поставте позначку тут, якщо SSN немає: ☐  
(загальна вказана кількість має дорівнювати кількості членів домогосподарства, зазначених вище) **головного годувальника або іншого члена домогосподарства (необов'язково, якщо ви подаєте заяву лише на Літню програму електронної виплати допомоги (Summer Electronic Benefit Transfer (EBT)))**

5. Контактна інформація та підпис. Заповніть, підпишіть і поверніть цю заяву за такою адресою:

Я підтверджую (засвідчую), що вся інформація в цій заяві є достовірною, що всі доходи задекларовано, і що моє домогосподарство не отримує виплати за програмою SUN Bucks через іншу організацію штату або індіанського племені (за наявності). Я розумію, що ця інформація надається у зв'язку з отриманням федеральних пільг або пільг штату та що посадові особи школи можуть перевірити (підтвердити) цю інформацію. Я усвідомлюю, що в разі навісного надання неправдивої інформації мої діти можуть втратити ці пільги, а мене може бути притягнуто до відповідальності відповідно до чинного кримінального законодавства штату та федерального законодавства.

Ім'я повнолітнього члена домогосподарства (друкованими літерами)

Підпис повнолітнього члена домогосподарства

Адреса електронної пошти\*

Поштова адреса\*\*

Місто, штат і поштовий індекс\*\*

Номер телефону для дзвінків у денний час\*

Дата

\* Ці поля є суто інформаційними й не обов'язкові для заповнення.

\*\* Заповнювати це поле не обов'язково, однак вказана поштова адреса допоможе визначити, куди надсилати кореспонденцію та картки SUN Bucks (якщо передбачено).

6. Расова та етнічна приналежність дітей (необов'язково). Ми зобов'язані запитувати інформацію про расу та етнічну приналежність ваших дітей. Ця інформація важлива, адже допомагає переконатися, що ми повною мірою забезпечуємо потреби нашої громади. Заповнення цього розділу є необов'язковим і не впливає на право ваших дітей на отримання безкоштовного харчування та харчування за зниженою ціною.

Позначте одну або кілька расових ідентичностей:

☐ Американські індіанці або корінні народи Аляски

☐ Темношкірі або афроамериканці

☐ Корінні народи Гаваїв або інших тихоокеанських островів

☐ Білі

Позначте одну етнічну приналежність:

☐ Іспаномовні або латиноамериканці

☐ Не іспаномовні та не латиноамериканці

**Право на отримання допомоги на дитяче харчування:** Надання інформації в цій заяві вимагається згідно з Національним законом про шкільні обіди Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act). Ви не зобов'язані надавати цю інформацію, але якщо ви цього не зробите, ми не зможемо погодити отримання безкоштовного харчування або харчування зі знижкою для вашої дитини. 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 дитини під опікою або вказуєте номер справи вашої дитини в Програмі додаткової допомоги з харчування (Supplemental Nutrition Assistance Program / Basic Food), Програмі тимчасової допомоги нужденним сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) чи Програмі розподілу продуктів харчування в індіанських резерваціях (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) (або інший ідентифікатор FDIPIR), а також якщо ви зазначаєте, що дорослий член домогосподарства, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ваша інформація буде використана для визначення права вашої дитини на безкоштовне або пільгове харчування, а також для адміністрування та реалізації програм шкільних сніданків і обідів. Ми МОЖЕМО передавати інформацію про ваше право на пільги представникам освітніх, медичних і харчових програм для їх оцінювання, фінансування чи визначення обсягу допомоги, а також аудиторам для проведення перевірок і правоохоронним органам для розслідування порушень правил програм.

Відповідно до федерального законодавства про громадянські права та правил і політики Міністерства сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) щодо громадянських прав, цій установі заборонено дискримінувати за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі (зокрема гендерної самоідентифікації та сексуальної орієнтації), інвалідності, віку, а також здійснювати репресії або мститися за попередню діяльність у сфері громадянських прав.

Інформація про програму може бути доступна іншими мовами. Особи з інвалідністю, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (як-от надання інформації шрифтом Брайля, великим шрифтом, у вигляді аудіозапису, американською мовою жестів), повинні звернутися до вповноваженого органу штату чи місцевого органу, що керує програмою, або до Центру технологій і доступних ресурсів для забезпечення працевлаштування (Technology and Accessible Resources Give Employment Today Center, TARGET Center) при USDA за номером (202) 720-2600 (голосові дзвінки та лінія TTY) чи зв'язатися з USDA через Федеральну службу комунікацій (Federal Relay Service) за номером (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу на дискримінацію в рамках програми, скаржник повинен заповнити форму скарги на дискримінацію в програмі USDA AD-3027, яку можна отримати онлайн (<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>), у будь-якому офісі USDA, звернутися за номером (866) 632-9992 або написати листа в USDA. Лист має містити ім'я, адресу, номер телефону скаржника й достатньо докладний письмовий опис імовірної дискримінаційної дії, щоб повідомити заступника секретаря з громадянських прав (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно подати до USDA в один із таких способів:

1. Поштою:

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

(833) 256-1665 або (202) 690-7442
3. Електронною поштою:

[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Ця установа забезпечує рівні можливості.

Заява шкільного округу ВСТАВИТИ НАЗВУ ОКРУГУ про недопущення дискримінації

ЛИШЕ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ШКОЛОЮ — НЕ ЗАПОВНЮВАТИ НИЖЧЕ ЦЬОЇ ЛІНІЇ

РОЗРАХУНОК РІЧНОГО ДОХОДУ: «Щотижня» x 52; «Що два тижні» x 26; «Двічі на місяць» x 24; «Щомісяця» x 12.  
(НЕ перераховуйте в річний дохід, окрім випадків, коли домогосподарство звітує про виплати з різною періодичністю.)

ЗАТВЕРДЖЕНО МІСЦЕВИМ ОРГАНОМ УПРАВЛІННЯ ОСВІТОЮ (Local Educational Agency, LEA):

☐ Basic Food / TANF / FDIPIR / опіка

☐ Дохід домогосподарства

ЗАЯВУ ЗАТВЕРДЖЕНО ДЛЯ ОТРИМАННЯ:

☐ Право на безкоштовне харчування

☐ Право на харчування за зниженою ціною

ЗАЯВУ ВІДХИЛЕНО З ТАКОЇ ПРИЧИНИ:

☐ Дохід перевищує дозволену суму

☐ Неповна або відсутня інформація

Загальна кількість членів домогосподарства

Загальний дохід домогосподарства

\$

Щотижня

Що два тижні

Двічі на місяць

Щомісяця

На рік

Дата відправки повідомлення

Підпис відповідальної посадової особи

Управління головного інспектора з питань державної освіти  
(Office of Superintendent of Public Instruction, OSPI)

Дата

Сторінка 2 з 2

Ідентифікаційний номер заяви

Квітень 2026 р.

**CONSENT TO SHARE PROGRAM ELIGIBILITY INFORMATION (ЗГОДА НА ОБМІН ІНФОРМАЦІЄЮ ПРО  
ВІДПОВІДНІСТЬ ПРОГРАМИ)  
FOR OTHER SCHOOL PROGRAMS (ДЛЯ ІНШИХ ШКІЛЬНИХ ПРОГРАМ)  
2026–27 навчальний рік**

Якщо ви маєте право на безкоштовне харчування чи харчування за зниженими цінами залежно від розміру домогосподарства чи доходу або якщо ви отримуєте пільги за програмами Basic Food (Основні продукти харчування), Temporary Assistance for Needy Families (Тимчасова допомога нужденним сім'ям, TANF), Food Distribution on Indian Reservations (Розподіл їжі в індіанських резерваціях, FDPIR) або отримали пряму сертифікацію на право на безкоштовне харчування або харчування за зниженими цінами, ви можете мати право на зниження плати за участь в інших шкільних програмах. Подання/неподання цієї форми не вплине на право вашої дитини на безкоштовне харчування або харчування за зниженими цінами чи літні пільги EBT.

Ви повинні поставити прапорець біля кожної програми, у якій ви б хотіли брати участь, і підписати форму, щоб ваш статус відповідності програмі міг обмінюватися з метою отримання пільг за іншими програмами.

| Позначте<br>для участі   | Назва шкільної програми | Як буде використовуватися інформація, якою обмінюються |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> |                         |                                                        |
| <input type="checkbox"/> |                         |                                                        |
| <input type="checkbox"/> |                         |                                                        |
| <input type="checkbox"/> |                         |                                                        |
| <input type="checkbox"/> |                         |                                                        |
| <input type="checkbox"/> |                         |                                                        |
| <input type="checkbox"/> |                         |                                                        |
| <input type="checkbox"/> |                         |                                                        |

Вкажіть імена учнів тут:

|       |       |
|-------|-------|
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |

Підпис одного з батьків/опікуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Ел. пошта: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

*Ця установа є постачальником рівних можливостей.*