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

Подати заяву онлайн: www.highlineschools.org/MealBenefits **Заповніть, підпишіть і поверніть цю заяву за такою адресою:** Nutrition Services, 15675 Ambaum Blvd SW, Burien WA 98166

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
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

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
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. **Загальна кількість членів домогосподарства (ураховуйте всіх осіб, які проживають у вашому домогосподарстві):** ☐ (загальна вказана кількість має дорівнювати кількості членів домогосподарства, зазначених вище)

Останні чотири цифри номера соціального страхування (Social Security Number, SSN) ☐ Поставте позначку тут, якщо SSN немає: ☐ **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 навмисного 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 указана 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
- ☐ Азійці
- ☐ 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, FDPIR) (або інший ідентифікатор FDPIR), 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 комутованих повідомлень (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

Ця установа забезпечує рівні можливості.

Заява шкільного округу ВСТАВИТИ НАЗВУ ОКРУГУ про недопущення дискримінації

ЛИШЕ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ШКОЛОЮ — НЕ ЗАПОВНЮВАТИ НИЖЧЕ ЦІЄЇ 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 / FDPIR / опіка
- ☐ Дохід домогосподарства

ЗАЯВУ ЗАТВЕРДЖЕНО ДЛЯ ОТРИМАННЯ:

- ☐ Право на безкоштовне харчування
- ☐ Право на харчування за зниженою ціною

Загальна кількість членів домогосподарства _____

Загальний дохід домогосподарства $_____

Щотижня	Що два тижні	Двічі на місяць	Щомісяця	На рік
☐	☐	☐	☐	☐

ЗАЯВУ ВІДХИЛЕНО З ТАКОЇ ПРИЧИНИ:

- ☐ Дохід перевищує дозволену суму
- ☐ Неповна або відсутня інформація
- ☐ Інше: _____

Дата відправки повідомлення	Підпис відповідальної посадової особи	Дата	Ідентифікаційний номер заяви
_____	_____	_____	_____