

社区资格规定 (CEP)/规定 2 非基准年/夏季电子福利转移 (EBT)
家庭收入资格表

大颈公立学校在非基准年参与了第二项规定。所有在校学生均可免费享用餐食/牛奶，无论家庭收入或是否填写此表格。此表格用于确定您的孩子是否符合其他州和联邦项目福利的资格，包括夏季电子产品福利计划 (EBT)。请阅读第 2 页的说明，每个家庭只需填写一份表格，签名后寄回至 GNPS，地址：345 Lakeville Road, Great Neck, NY 11020，或发送电子邮件至foodservices@greatneck.k12.ny.us。如有任何疑问，请致电 (516) 441-4090 。

1. 列出您家中所有在校就读的儿童：

学生姓名	学校	年级/教师	寄养儿童	没有收入
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

2. SNAP/TANF/FDPIR 福利：

如果您家中有任何成员领取 SNAP、TANF 或 FDPIR 福利，请在此处列出他们的姓名和个案编号。然后跳至第 4 部分。

姓名： 案件编号：

3. 家庭总收入：请列出所有同住人员，以及他们的收入金额和发放频率（每周、每两周、每月两次、每月一次）。请勿留空。如果没有收入，请勾选方框。如果您在上方列出了寄养儿童，则必须申报其个人收入。

家庭成员姓名	工作收入 扣除前 <i>数量/频率</i>	子女抚养费、赡养费 <i>数量/频率</i>	养老金、退休 付款 <i>数量/频率</i>	其他收入、社会保障 <i>数量/频率</i>	没有收入
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐

4. 签名：本申请必须由一名成年家庭成员签名。

我保证（承诺）本申请表上的所有信息均属实，所有收入均已如实申报。我理解提供这些信息是为了让学校能够获得联邦拨款。学校官员可能会核实这些信息，如果我故意提供虚假信息，我可能会根据适用的州和联邦法律受到起诉，我的孩子也可能失去餐费补贴。

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - FOR SCHOOL USE ONLY

签名： 日期：

电子邮件：

住宅电话

工作电话

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income

Total Household Income/How Often:

Household Size:

Free Eligibility

Reduced Eligibility

Denied Eligibility

lity

Signature of Reviewing Official

CEP/第二部分非基年家庭收入表说明

第一部分：所有家庭都必须填写学生信息。 每个家庭只能填写一份表格。

- (1) 请将您申请收养的所有儿童（包括寄养儿童）的姓名填写在一张表格上。
- (2) 列出他们的年级和学校。
- (3) 勾选方框以表明您家中居住着寄养儿童，并为每个没有收入的儿童勾选方框。

领取 SNAP、TANF 或 FDPIR 的家庭应填写第2 部分并签署第 4 部分。

- (1) 请列出您家中任何一位成员当前的 SNAP（补充营养援助计划）、TANF（贫困家庭临时援助）或 FDPIR（印第安保留地食品分配计划）个案编号。请勿使用您福利卡上的 16 位号码。个案编号会显示在您的福利信函上。
- (2) 第四部分表格必须由一名成年家庭成员签字。**跳过第三部分**——如果您填写了 SNAP、TANF 或 FDPIR 号码，则无需填写家庭成员姓名或收入。

第 3 部分和第 4 部分： 所有其他家庭必须完成第 3 部分和第 4 部分的全部内容。

- (1) 请写下您家中所有成员的姓名，无论他们是否有收入。请包括您自己、您正在为其填写表格的子女、所有其他子女、您的配偶、祖父母以及与您同住的其他亲属和非亲属。如果需要更多空间，请使用另一张纸。
- (2) 请填写每位家庭成员的当前收入金额（税前及其他任何支出前），并注明收入来源，例如工资、福利、养老金及其他收入。如果当前收入高于或低于往常，请填写该成员的往常收入。**请说明收入领取频率：每周、每两周、每月两次、每月一次。如果没有收入，请勾选方框。**根据儿童保育和发展补助金、临时援助贫困家庭计划（TANF）和高危儿童保育计划，任何已提供或安排的儿童保育服务，或已收到的儿童保育服务费用或相关费用报销款项，均不应计入本计划的收入。

家长数据隐私和安全权利法案

大颈公立学校致力于保护每一位学生的个人信息（PII）的隐私和安全，防止未经授权的访问或披露。

我们遵守联邦和纽约州法律，包括纽约州教育厅长条例第 121 部分和教育法 2-d。

PII 包括可以直接或间接（通过与其他信息的关联）识别或追踪个人身份的信息。家长/监护人应了解其子女数据相关的以下权利。

请点击以下链接访问完整的隐私政策。

<https://go.boarddocs.com/ny/gnps/Board.nsf/goto?open&id=CKXT7K6DE473>

(选中您希望发布信息的计划区域旁边的框)

- ☐ 联邦健康计划，例如医疗补助或儿童健康保险计划（CHIP）。
- ☐ 州或联邦计划，例如青年暑期工作计划或教育人才搜索计划。
- ☐ 当地卫生和教育计划以及其他提供福利的当地计划，例如免费教科书或学习用品、免费乐队乐器或减免暑期学校或驾驶教育费用。
- ☐ 社区计划，例如节日礼篮、夏季艺术和游乐场计划。

我理解我将发布信息以表明我的孩子有资格享受免费和减价餐食。我同意将我的机密信息发布用于上述用途。

小孩：

我证明我是该申请所针对的孩子的父母/监护人。

家长/监护人签名：_____

打印姓名：_____

地址：_____

电话号码：_____

日期：_____

非歧视声明：

根据联邦民权法和美国农业部（USDA）民权法规和政策，本机构禁止基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾、年龄或对先前民权活动的报复或报复而进行歧视。

计划信息可能以英语以外的其他语言提供。需要其他沟通方式（例如盲文、大字印刷品、录音带、美国手语）获取计划信息的残障人士应联系负责管理该计划的州或地方机构或美国农业部的 TARGET 中心，电话（202）720-2600（语音和 TTY），或通过联邦中继服务（800）877-8339 联系美国农业部。

要提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表格（USDA 计划歧视投诉表格），该表格可从以下网址在线获取：<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>，或从任何 USDA 办公室获取，或致电（866）632-9992，或写信给 USDA。信中必须包含投诉人的姓名、地址、电话号码以及对涉嫌歧视行为的书面描述，该描述应足够详细，以便向民权助理部长（ASCR）告知涉嫌侵犯民权的性质和日期。填妥的 AD-3027 表格或信函必须通过以下方式提交给 USDA：

1. **邮寄：**
U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence, Ave, SW, STOP 9410, Washington, DC 20250-9410；或
2. **传真：**
(833) 256-1665 或 (202) 690-7442；或
3. **电子邮件：**
program.intake@usda.gov

该机构是一个平等机会提供者。