

Tacoma Public Schools – (Child Nutrition Eligibility & Education Benefit) ومزايا التعليم 2026-27 طلب التقديم للتأهل لبرنامج تغذية الطفل ومزايا التعليم

قدم الطلب عبر الإنترنت: www.myschoolapps.com أو CNEEB@tacoma.k12.wa.us أو Nutrition Services, 3321 S Union Ave, Tacoma WA 98409 أكمل الطلب هذا الطلب ووقع عليه وقم بإعادته إلى: www.myschoolapps.com

قد يؤهلك هذا الطلب لـ مزايا الوجبات، ومزايا برنامج SUN Bucks، (إذا كنت ملتحقًا بمدرسة مشاركة في البرنامج الوطني للغذاء المدرسي (National School Lunch Program, NSLP)/برنامج الإفطار المدرسي (School Breakfast Program, SBP) ورسوم مخفضة للبرامج والأنشطة الأخرى، و/أو المساعدة في تأمين التمويل لمنطقتك التعليمية. إذا كان طفلك (أطفالك) ملتحق بمدرسة تطبق برنامج أحكام أهلية المجتمع (Community Eligibility Provision, CEP) أو برنامج Provision 2، لن يؤثر إكمال هذا الطلب على أهليتك للحصول على وجبات مجانية.

ضع علامة هنا إذا كنت قد حصلت على مزايا الوجبات العام الماضي: ☐ ضع علامة هنا إذا كنت لا ترغب في تلقي المزايا أو تقديم معلومات الدخل: ☐

1. أدرج جميع الطلاب الذين يعيشون معك ويرتادون المدرسة. في حال كان الطالب في رعاية بديلة، أو يعاني من التشرد، أو يتلقى خدمات تعليم المهاجرين، فيُرجى الإشارة إلى ذلك بوضع علامة "x" في المربع المناسب. أدرج أي دخل شخصي يتلقاه الطالب وضع علامة "x" في المربع الصحيح لتحديد عدد مرات استلام هذا الدخل.

الاسم الأخير للطالب	الاسم الأول للطالب	حرف الاسم الأوسط	رعاية بديلة	تاريخ الميلاد*	المدرسة*	الصف الدراسي*	دخل الطالب	أسبوعيًا	كل أسبوعين	مرتان × الأسبوع	شهريًا
			☐				دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐
			☐				دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐
			☐				دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐
			☐				دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐
			☐				دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐

2. في حال كان أي من أفراد الأسرة (بمن فيهم أنت) يستفيد حاليًا في واحد أو أكثر من برامج المساعدة التالية، فيُرجى كتابة رقم الحالة. إذا كانت الإجابة بلا، انتقل إلى الخطوة 3.

3. أدرج أسماء جميع أفراد الأسرة الآخرين - وأكتب الدخل (المبلغ بالدولارات الصحيحة) وضع علامة على عدد مرات تلقي الدخل. إذا كان أحد أفراد الأسرة لا يتلقى دخلًا، فاكتب 0. إذا أدخلت الرقم 0 أو تركت أقسام الدخل فارغة، فأنت تُقرّ بعدم وجود أي دخل للإبلاغ عنه.

أسماء جميع أفراد الأسرة الآخرين (لا تُدرج الطلاب المدرجين أعلاه)	رعاية بديلة	الأرباح من العمل (قبل أي استقطاعات)	أسبوعيًا	كل أسبوعين	مرتان × الأسبوع	شهريًا	المساعدة العامة/ نفقة الطفل/ نفقة الزوجة	أسبوعيًا	كل أسبوعين	مرتان × الأسبوع	شهريًا	المعاشات التقاعدية/ دخل التقاعد/ دخل الضمان الاجتماعي (SSI) التكميلي	أسبوعيًا	كل أسبوعين	مرتان × الأسبوع	شهريًا	أي دخل آخر غير مدرج بالفعل	أسبوعيًا	كل أسبوعين	مرتان × الأسبوع	شهريًا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐	دولار أمريكي	☐	☐	☐	☐

4. إجمالي عدد أفراد الأسرة (يشمل جميع الأشخاص المقيمين في منزلك): الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number, SSN) ضع علامة إذا لم يكن لديك SSN: ☐

صاحب الدخل الأساسي أو فرد آخر من أفراد الأسرة (اختياري إذا كان التقديم مقتصرًا على برنامج التحويل الإلكتروني للمزايا الصيفية (Summer Electronic Benefit Transfer, Summer EBT) فقط)

(يجب أن يساوي إجمالي المدرج عدد أفراد الأسرة المذكورين أعلاه)

5. معلومات الاتصال والتوقيع- أكمل الطلب هذا الطلب ووقع عليه وقم بإعادته إلى: أشهد (أتعهد) بأن جميع المعلومات المذكورة في هذا الطلب صحيحة، وأنه تم الإبلاغ عن جميع مصادر الدخل، وأن أسرتي لا تتلقى مزايا SUN Bucks من ولاية أخرى أو من خلال منظمة قبلية هندية (Indian Tribal Organization) (حسبما ينطبق). أدرك أن هذه المعلومات مقدمة بغرض تلقي مزايا فيدرالية أو تابعة للولاية، وأنه يجوز لمسؤولي المدرسة التحقق (التأكد) من صحة هذه المعلومات. وأدرك أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة عمدًا، فقد يُحرم أطفالي من هذه المزايا، وقد تُتخذ بحقي إجراءات قانونية بموجب القوانين الجنائية المعمول بها على مستوى الولاية والقوانين الفيدرالية.

اسم فرد الأسرة البالغ بأحرف واضحة		توقيع فرد الأسرة البالغ		عنوان البريد الإلكتروني*	
عنوان البريد الإلكتروني**		المدينة، والولاية، والرمز البريدي**		رقم الهاتف خلال النهار*	
*هذه الحقول لأغراض معلوماتية فقط وليست إلزامية.				التاريخ	
**هذه الحقول إلزامية؛ مع ذلك يُساعد عنوان المراسلات المُدرج في تحديد الجهة التي سيتم إرسال المراسلات وبطاقات SUN Bucks إليها (حيثما ينطبق ذلك).					
6. الهويات العرقية والإثنية للأطفال (اختياري) – يتوجب علينا طلب معلومات حول عرق أطفالك وأصولهم الإثنية. هذه المعلومات ضرورية وتساعدنا على التأكد من أننا نُقدّم خدماتنا لمجتمعنا بشكلٍ كامل. يُعدّ الرد على هذا القسم اختياريًا، ولن يؤثر على أهلية أطفالك لتلقّي وجبات الطعام المجانية ومخفضة الأسعار.					
حدد هوية عرقية واحدة أو أكثر:		☐ من الهنود الحمر أو أحد سكان ألاسكا الأصليين ☐ آسيوي		حدد هوية إثنية واحدة فقط:	
☐ ذا بشرة سوداء أو أمريكي من أصل أفريقي		☐ من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين		☐ من أصل أسباني أو لاتيني	
☐ ذا بشرة بيضاء		☐ ليس من أصل أسباني أو لاتيني			
أهلية تغذية الأطفال: يشترط قانون Richard B. Russell الوطني للغذاء المدرسي (Richard B. Russell National School Lunch Act) المعلومات المذكورة في هذا الطلب. ليست مضطرًا لتقديم المعلومات، ولكن إذا لم تفعل ذلك، فلن يمكننا الموافقة على طلب طفلك للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة التكلفة. يتعين عليك إدراج الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي لفرد الأسرة البالغ الذي وقع على الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عند التقدم بالإثابة عن طفل في الرعاية البديلة أو عند إدراج رقم حالة برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program) أو الغذاء الأساسي (Basic Food) أو المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) أو برنامج توزيع الطعام على المحميات الهندية (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) أو أي رقم تعريف آخر للبرنامج خاص بطفلك أو عندما تُشير إلى أن فرد الأسرة البالغ الذي يُوقع الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سنستخدم هذه المعلومات لتحديد ما إذا كان طفلك مؤهلًا للحصول على وجبات مجانية أو بأسعار مخفضة، وكذلك لأغراض إدارة وتطبيق برامج الغذاء والإفطار المدرسية. يجوز لنا مشاركة معلومات أهليتك مع برامج التعليم والصحة والتغذية بهدف مساعدتهم على تقييم أو تمويل أو تحديد فوائد برامجهم، ومع مدققي مراجعات البرامج، ومسؤولي إنفاذ القانون لمساعدتهم على النظر في انتهاكات قواعد البرنامج. وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لـ U.S. Department of Agriculture، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميل الجنسي) أو الإعاقة أو العمر أو الثأر أو الانتقام من نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية. قد تكون معلومات البرنامج متاحة بلغات أخرى غير الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، الطباعة بالأحرف الكبيرة، التسجيل الصوتي، لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالوكالة الحكومية أو المحلية التي تُدير البرنامج أو بمركز التكنولوجيا والموارد الميسرة التي تدعم التوظيف اليوم التابع "Technology and Accessible Resources Give Employment Today, TARGET Center" لـ USDA على 720-2600 (202) (الصوتي وTTY) أو اتصل بـ USDA من خلال خدمة التحويل الفيدرالية 877-8339 (800) (Federal Relay Service). لتقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز في البرنامج، يجب على صاحب الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في برنامج USDA والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf، من أي مكتب USDA، عن طريق الاتصال بـ 632-9992 (866)، أو عن طريق كتابة رسالة موجهة إلى USDA. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا كتابيًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفاصيل كافية لإبلاغ السكرتير المساعد للحقوق المدنية (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب إرسال نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى USDA عن طريق:					
1. البريد: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights Independence Avenue, SW 1400 Washington, D.C. 20250-9410					
2. الفاكس: 1665-256 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو					
3. البريد الإلكتروني: Program.Intake@usda.gov					
توفر هذه المؤسسة تكافؤ الفرص.					

خاص بالمدرسة فقط - لا تكتب تحت هذا الخط

تحويل الدخل السنوي: أسبوعيًا × 52، كل أسبوعين × 26، مرتان شهريًا × 24، شهريًا × 12 (لا تقم بتحويل الدخل إلى دخل سنوي إلا في حال إفادة الأسرة بتعدد مرات استلام الدخل).

موافقة وكالة التعليم المحلية (Local Educational Agency, LEA): ☐		Basic Food/TANF/FDPIR/Foster ☐		حجم الأسرة الإجمالي		أسبوعيًا ☐		كل أسبوعين ☐		مرتان × الأسبوع ☐		شهريًا ☐		سنوي ☐	
تمت الموافقة على الطلب ☐		مؤهل للوجبات المجانية ☐		مؤهل للوجبات بأسعار مخفضة ☐		دخل الأسرة الإجمالي		بالدولار الأمريكي		الدخل أعلى من الحد المسموح به ☐		أخرى: ☐			
تم رفض الطلب بسبب: ☐		معلومات غير مكتملة/ناقصة ☐													
تاريخ إرسال الإشعار				توقيع مسؤول الاعتماد				التاريخ				الرقم التعريفي للطلب			