แบบฟอร์มการสมัครสำหรับครอบครัวเพื่ออาหารโรงเรียนแบบราคาถูกลงและแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายปีการศึกษา 2026-2027

กรอกใบสมัครเพียงหนึ่งครั้งต่อหนึ่งครัวเรือน กรุณาใช้ปากกา (ห้ามใช้ดินสอ)

สมัครออนไลน์ได้ที่ www.dublinschools.net

ขั้นตอนที่ 1 แจกแจงสมาชิกในครอบครัวที่เป็นทารก เด็ก และนักเรียนจนถึงเกรด 12 (หากต้องการพื้นที่เพิ่มสำหรับบุคคลเพิ่มเติม ให้แนบกระดาษเพิ่มได้)

คำนิยามของ**สมาชิกในครอบครัว**:
"ใครก็ตามที่อาศัยอยู่กับคุณ
และร่วมแบ่งปันรายได้และรายจ่าย
ถึงแม้ว่าจะไม่เกี่ยวดองทางสายเลือดก็ตาม"

เด็กที่อยู่ใน**สถานสงเคราะห์**และเด็กที่เข้าข่ายเป็น**เด็กไร้บ้าน ผู้อพยพ** หรือเด็กหนีออกจากบ้าน มีสิทธิ์ได้รับอาหารฟรี สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดู**วิธีการสมัครขอรับอาหารโรงเรียนแบบราคาถูกลงและแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย**

ชื่อต้นของเด็ก	อักษรย่อชื่อกลาง	นามสกุลของเด็ก	เกรด	เป็นนักเรียนหรือไม่ เป็น	เป็นนักเรียนหรือไม่ ไม่เป็น	เด็กสงเคราะห์	เด็กไร้บ้าน ผู้อพยพ เด็กหนีออกจากบ้าน
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

เลือกทุกข้อที่ใช่

ขั้นตอนที่ 2 มีสมาชิกคนในในครอบครัว (รวมทั้งคุณ) เข้าร่วมอย่างน้อยหนึ่งในโครงการช่วยเหลือต่อไปนี้หรือไม่: SNAP, TANF หรือ FDPIR

หากไม่ > ไปยังขั้นตอนที่ 3

หากใช่ > เขียนหมายเลขประจำตัวของโครงการที่นี่ แล้วไปยังขั้นตอนที่ 4 (ไม่ต้องกรอกขั้นตอนที่ 3)

หมายเลขประจำตัวของโครงการ:

เขียนเฉพาะหมายเลขประจำตัวของโครงการในช่องนี้

ขั้นตอนที่ 3 รายงานรายได้ของสมาชิกครอบครัวทั้งหมด (ข้ามขั้นตอนนี้ไป หากคุณตอบ "ใช่" ในขั้นตอนที่ 2)

คุณไม่แน่ใจว่าต้องใส่รายได้อะไรไว้ตรงนี้บ้างใช่ไหม

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาพลิกหน้ากระดาษและอ่านตารางที่ชื่อ "แหล่งที่มาของรายได้"

ตาราง "แหล่งที่มาของรายได้สำหรับเด็ก" จะช่วยคุณกรอกข้อมูลในส่วนของรายได้ของเด็กได้

ตาราง "แหล่งที่มาของรายได้สำหรับผู้ใหญ่" จะช่วยคุณกรอกข้อมูลในส่วนของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมดได้

ก. รายได้ของเด็ก

บางครั้งเด็กในครอบครัวก็สามารถหาหรือได้รับรายได้ได้เช่นกัน กรุณารวมรายได้ทั้งหมดที่ได้รับมาจากสมาชิกครอบครัวทุกคนตามที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1 ในใบสมัครนี้

รายได้ของเด็ก	ทุกสัปดาห์	ทุกสองสัปดาห์	สองครั้งต่อเดือน	ทุกเดือน
$	○	○	○	○

ข. สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด (รวมทั้งตัวคุณเอง)

แจกแจงสมาชิกครอบครัวทั้งหมดที่ไม่ได้ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1 (รวมทั้งตัวคุณเอง) ถึงแม้ว่าพวกเขาจะไม่มีรายได้ก็ตาม สำหรับสมาชิกครอบครัวแต่ละคนที่ระบุไว้ หากพวกเขาไม่มีรายได้ ให้รายงานรายได้รวมทั้งหมด (ก่อนหักภาษี) สำหรับแหล่งที่มาของรายได้แต่ละแหล่งเป็นเงินดอลลาร์ (ไม่นับจำนวนเซนต์)
หากพวกเขาไม่ได้รับรายได้จากแหล่งใด ๆ เลย ให้เขียน "0" หากคุณกรอก "0" หรือเว้นช่องว่างไว้ คุณยืนยัน (ยอมรับ) ว่าไม่มีรายได้ที่จะรายงาน

ชื่อของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ (ชื่อและนามสกุล)	รายได้จากการทำงาน	ทุกสัปดาห์	ทุกสองสัปดาห์	สองครั้งต่อเดือน	ทุกเดือน	ความช่วยเหลือของหน่วยงานสาธารณะ / หน่วยงานช่วยเหลือเด็ก / หน่วยงานอุปการะเลี้ยงดู	ทุกสัปดาห์	ทุกสองสัปดาห์	สองครั้งต่อเดือน	ทุกเดือน	เงินบำนาญ / เงินเกษียณ / รายได้อื่น ๆ ทั้งหมด	ทุกสัปดาห์	ทุกสองสัปดาห์	สองครั้งต่อเดือน	ทุกเดือน
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

สมาชิกครอบครัวทั้งหมด (เด็กและผู้ใหญ่)

ตัวเลข 4 ตัวสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคม (SSN) ของผู้มีรายได้หลักหรือสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ที่เป็นผู้ใหญ่ X X X X X

☐ **เลือกหากไม่มี SSN**

ขั้นตอนที่ 4 ข้อมูลติดต่อและลายมือชื่อของผู้ใหญ่

"ข้าพเจ้ายืนยัน (ยอมรับ) ว่าข้อมูลทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นจริง และได้รายงานรายได้ทั้งหมดแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้นั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนอาจสอบสวน (ตรวจสอบ) ข้อมูลดังกล่าวได้ ข้าพเจ้าตระหนักดีว่า หากข้าพเจ้าจงใจให้ข้อมูลเท็จ บุตรหลานของข้าพเจ้าอาจเสียสิทธิประโยชน์เรื่องมื้ออาหารได้ และข้าพเจ้าอาจถูกลงโทษตามกฎหมายที่บังคับใช้ของรัฐและรัฐบาล"

เลขที่บ้าน (หากมี) | อาคาร # | เมือง | รัฐ | รหัสไปรษณีย์ | หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อระหว่างวันและอีเมล (หากมี)

ชื่อบรรจงของผู้ใหญ่ที่ลงชื่อในใบสมัครนี้ | ลงลายมือชื่อของผู้ใหญ่ | ลงวันที่ ณ ปัจจุบัน

คำแนะนำ แหล่งที่มาของรายได้

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับเด็ก	
แหล่งที่มาของรายได้ของเด็ก	**ตัวอย่าง**
- รายได้จากการทำงาน	- เด็กมีงานเต็มเวลาหรือไม่เต็มเวลาที่ทำเป็นประจำ ซึ่งเป็นงานที่พวกเขาได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง
- ประกันสังคม - เบี้ยเลี้ยงผู้พิการ - สิทธิประโยชน์ของคนที่ยังมีชีวิตอยู่	- เด็กพิการทางสายตาหรือทุพพลภาพ และได้รับสิทธิประโยชน์ประกันสังคม - พ่อแม่ทุพพลภาพ เกษียณ หรือเสียชีวิต และเด็กได้รับสิทธิประโยชน์ประกันสังคมห
-รายได้จากบุคคลที่อยู่นอกครอบครัว	- เพื่อนหรือครอบครัวขยายที่ให้เงินแก่เด็กเพื่อการใช้จ่ายเป็นประจำ
-รายได้จากแหล่งที่มาอื่น ๆ	-เด็กได้รับรายได้เป็นประจำจากกองทุนเงินบำนาญเอกชน เงินรายปี หรือทรัสต์

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับผู้ใหญ่		
รายได้จากการทำงาน	**ความช่วยเหลือของหน่วยงานสาธารณะ / หน่วยงานอุปการะเลี้ยงดู / หน่วยงานช่วยเหลือเด็ก**	**เงินบำนาญ / เงินเกษียณ / รายได้อื่น ๆ ทั้งหมด**
- เงินเดือน ค่าจ้าง โบนัสเงินสด - รายได้สุทธิจากการเป็นนายจ้างตนเอง (ฟาร์มหรือธุรกิจส่วนตัว) หากคุณทำงานในกองทัพสหรัฐฯ: - เงินเดือนพื้นฐานและโบนัสเงินสด (ไม่รวมเงินพิเศษสำหรับการสู้รบ, เงินช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่ครอบครัว หรือค่าที่พักอาศัยของข้าราชการ) - ค่าที่พักอาศัยเมื่อออกประจำการนอกฐาน ค่าอาหาร และค่าเสื้อผ้า	- สิทธิประโยชน์ของผู้ว่างงาน - เงินชดเชยแรงงาน - รายได้เสริมจากประกันสังคม (SSI) - เงินสดช่วยเหลือจากรัฐหรือรัฐบาลท้องถิ่น - เงินอุปการะ - เงินช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรหลาน - สิทธิประโยชน์ของทหารผ่านศึก - สิทธิประโยชน์จากการหยุดงาน	- ประกันสังคม (รวมสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงานรถไฟที่เกษียณแล้วและสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงานในเหมือง) - เงินบำนาญจากเอกชน หรือสิทธิประโยชน์จากหน่วยงานช่วยเหลือผู้พิการ - รายได้ประจำจากทรัสต์หรือสังหาริมทรัพย์ - เงินรายปีต่าง ๆ - รายได้จากการลงทุน - กำไรที่ได้รับ - รายได้จากการปล่อยเช่า - รายได้ที่เป็นเงินสด ซึ่งได้รับจากภายนอกครอบครัวเป็นประจำ

ข้อมูลเสริมอื่น ๆ เชื้อชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ของเด็ก

เราจำเป็นต้องสอบถามถึงข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ของบุตรหลานของคุณ ข้อมูลนี้จำเป็นอย่างยิ่งและช่วยให้แน่ใจได้ว่าเรากำลังรับใช้สังคมได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากส่วนนี้เป็นข้อมูลเสริม และจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อคุณสมบัติของบุตรหลานของคุณในการขอรับอาหารแบบราคาถูกลงหรือแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย

กลุ่มชาติพันธุ์ (เลือกเพียงหนึ่งข้อ): ☐ ฮิสแปนิกหรือละติน ☐ ไม่ใช่ฮิสแปนิกหรือละติน

เชื้อชาติ (เลือกหนึ่งข้อหรือมากกว่า): ☐ อเมริกันอินเดียนหรือชนพื้นเมืองอลาสกัน ☐ เอเชียน ☐ ผิวสีหรือแอฟริกันอเมริกัน ☐ ชนพื้นเมืองฮาวายหรือกลุ่มชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ ☐ ผิวขาว

กฎหมายว่าด้วยอาหารมื้อกลางวัน ริชาร์ด บี รัสเซลล์ (Richard B. Russell National School Lunch Act) จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากใบสมัครนี้ คุณไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูล แต่หากคุณไม่ให้ข้อมูล เราก็ไม่สามารถอนุมัติบุตรหลานของคุณให้ได้รับอาหารแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือแบบมีราคาถูกลงได้ คุณต้องกรอกตัวเลข 4 ตัวสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคมของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ที่ลงลายมือชื่อในใบสมัครนี้ คุณไม่จำเป็นต้องกรอกตัวเลข 4 ตัวสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคม หากคุณสมัครแทนเด็กสงเคราะห์หรือเมื่อคุณได้ระบุหมายเลขประจำตัวสำหรับโครงการสแตมป์อาหาร (Supplemental Nutrition Assistance Program หรือ SNAP), โครงการความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวยากจน (Temporary Assistance for Needy Families หรือ TANF), โครงการแจกจ่ายอาหารในพื้นที่สงวนของอินเดีย (Food Distribution Program on Indian Reservations หรือ FDPIR) หรือหมายเลข FDPIR อื่น ๆ สำหรับบุตรหลานของคุณ หรือเมื่อคุณระบุว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ที่ลงลายมือชื่อในใบสมัครนี้ไม่มีหมายเลขประกันสังคม เราจะใช้ข้อมูลของคุณในการกำหนดว่าบุตรหลานของคุณมีคุณสมบัติพร้อมที่จะได้รับอาหารแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือแบบมีราคาถูกลงหรือไม่ รวมทั้งการบริหารจัดการและการบังคับใช้โครงการอาหารกลางวันและอาหารเช้า เราอาจแบ่งปันข้อมูลคุณสมบัติของคุณให้แก่โครงการด้านการศึกษา สุขภาพ และอาหาร เพื่อช่วยพวกเขาในการประเมิน สมทบทุน หรือกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับโครงการ ผู้ตรวจสอบบัญชีสำหรับการตรวจสอบโครงการ และเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย เพื่อช่วยให้พวกเขาสอดส่องการละเมิดกฎของโครงการดังกล่าว

ตามกฎหมายสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลางและข้อบังคับและนโยบายด้านสิทธิพลเมืองของกระทรวงเกษตรของสหรัฐฯ (USDA) ทั้ง USDA หน่วยงานตัวแทน สำนักงาน พนักงาน และหน่วยงานที่เข้าร่วมหรือบริหารจัดการโครงการของ USDA ไม่ได้รับอนุญาตให้เลือกปฏิบัติตามเชื้อชาติ สีผิว สัญชาติ เพศ ความทุพพลภาพ อายุ รวมทั้งการตอบโต้หรือการแก้แค้นสำหรับกิจกรรมด้านสิทธิพลเมืองในโครงการใด ๆ ก่อนหน้านี้ หรือกิจกรรมที่ปฏิบัติหรือได้รับการสมทบทุนจาก USDA

บุคคลทุพพลภาพที่จำเป็นต้องมีวิธีการสื่อสารทางเลือกสำหรับข้อมูลโครงการ (เช่น อักษรเบรลล์ การพิมพ์ตัวใหญ่ เทปเสียง ภาษามืออเมริกัน ฯลฯ) ควรติดต่อหน่วยงาน (รัฐหรือท้องถิ่น) ที่คนเองสมัครขอรับสิทธิประโยชน์ บุคคลที่หูหนวกหรือมีปัญหาในการได้ยินหรือพิการทางการพูดสามารถติดต่อ USDA ผ่านทาง Federal Relay Service ได้ที่ (800) 877-8339 นอกจากนี้ ข้อมูลโครงการอาจมีให้ในภาษาอื่น ๆ นอกเหนือจากภาษาอังกฤษด้วย

หากต้องการส่งคำร้องเรียนโครงการถึงการเลือกปฏิบัติ ให้กรอกแบบฟอร์มคำร้องเรียนการเลือกปฏิบัติในโครงการของ USDA (AD-3027) ที่สามารถรับได้ทางออนไลน์ที่: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html หรือที่สำนักงาน USDA ได้ทุกแห่ง หรือส่งจดหมายที่มีข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนดในแบบฟอร์มมายัง USDA หากต้องการขอรับสำเนาแบบฟอร์มร้องเรียน ให้โทรศัพท์ติดต่อได้ที่ (866) 632-9992 ส่งแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนหรือจดหมายของคุณมายัง USDA โดย:

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

โทรสาร: (202) 690-7442; หรือ

อีเมล: program.intake@usda.gov.

หน่วยงานนี้เป็นผู้ให้โอกาสอย่างเท่าเทียมกัน

ไม่ต้องกรอก สำหรับโรงเรียนเท่านั้น

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income

How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
○	○	○	○

Household size

Categorical Eligibility ☐

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
○	○	○

Determining Official's Signature | Date

Confirming Official's Signature | Date

Verifying Official's Signature | Date