

Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Заява на отримання пільг на дитяче харчування та освіту) 2024–25 рр. — назва школи/району

Подайте заяву онлайн: ВКАЖІТЬ ТУТ URL-АДРЕСУ ШКОЛИ/ ОКРУГУ

Ця заява може дати вам право на: пільги на харчування, літні пільги EBT (якщо дитина навчається у школі NSLP/SBP), знижені плати на інші програми та заходи та/або допоможе забезпечити фінансування вашого шкільного округу. Якщо ваша(і) дитина (діти) навчається(ються) у школі, де діє програма Community Eligibility Provision (Надання харчування у відповідних школах, CEP) або де діє програма Provision 2, заповнення цієї заяви не вплине на ваше право на безкоштовне харчування.

Заповніть, підпишіть та надішліть цю заяву на адресу: ВКАЖІТЬ ТУТ ПОВНУ АДРЕСУ ДЛЯ ОБРОБКИ ЗАЯВ

Вкажіть тут, якщо отримували ви пільги на харчування минулого року:

1. Перелічіть **усіх учнів**, які проживають разом з вами і відвідують школу. Якщо учень перебуває у прийомній сім'ї, є безпритульним або отримує послуги з навчання мігрантів, вкажіть це, поставивши «х» у відповідному полі. Укажіть будь-який особистий дохід, отриманий студентом, і поставте «х» у відповідному полі щодо регулярності його отримання. **Безпритульний** **Мігрант**

Прізвище учня	Ім'я студента	MI	Усиновлений	Дата народження	Школа	Клас	Дохід учня	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в 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 хтось із членів домогосподарства (включно з вами) зараз бере участь в одній або кількох із наведених нижче програм допомоги, вкажіть номер справи. Якщо ні, перейдіть до кроку 3.

Basic Food (Основні продукти харчування) TANF Food Distribution Program on Indian Reservations (Програма розповсюдження їжі в індіанських резерваціях, FDIPIR) Номер справи: _____

3. Перелічіть імена всіх інших членів домогосподарства, вкажіть дохід (у доларах) і **ЗАЗНАЧТЕ** регулярність. Якщо член домогосподарства не отримує доходу, вкажіть 0. Якщо ви вкажіть 0 або залишите розділ доходу порожнім, ви даєте зобов'язання, що дохід, який необхідно вказати, відсутній.

Імена ВСІХ членів домогосподарства (не включайте учнів, вказаних вище)	Усиновлений	Дохід від роботи (до будь-яких відрахувань)	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в місяць	Щомісяця	Державна допомога/допомога на утримання дитини/аліменти	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в місяць	Щомісяця	Пенсії/субсидії/соціальне забезпечення (SSI)	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в місяць	Щомісяця	Будь-який інший дохід, який ще не вказано	Кожного тижня	Двічі на тиждень	2 рази в 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"/>

4. Загальна кількість членів домогосподарства (включаючи всіх людей, які живуть у вашому домогосподарстві): **Останні чотири цифри номера соціального страхування (SSN) вкажіть** **FORMTEXT**, якщо SSN відсутній:
 (загальна кількість членів домогосподарства має дорівнювати числу, вказаному вище)

Основного годувальника сім'ї або іншого члена домогосподарства
 (Необов'язково, якщо подається лише заява на літній EBT)

5. Контактна інформація та підпис – заповніть, підпишіть та надішліть цю заяву на адресу:

Я підтверджую (обіцяю), що вся інформація в цій заяві є правдивою, що всі доходи вказані, і що моє домогосподарство не отримує літні пільги EBT в іншому штаті або через індіанську племенну організацію (залежно від обставин). Я розумію, що ця інформація надана у зв'язку з отриманням пільг на федеральному рівні чи на рівні штату, і що посадові особи школи можуть перевірити цю інформацію. Я усвідомлюю, що якщо я навмисно надам неправдиву інформацію, мої діти можуть позбутися цих пільг, і я можу бути притягнутий(а) до відповідальності відповідно до застосовних законів штату і федеральних законів.

П.І.Б. дорослого члена домогосподарства

Підпис дорослого члена домогосподарства

Адреса ел. пошти

Поштова адреса

Місто, штат і поштовий індекс

Номер телефону для денного зв'язку

Дата

6. **Расова та етнічна приналежність дітей (необов'язково) – ми зобов'язані запросити інформацію про расову та етнічну приналежність вашої(их) дитини (дітей). Це важлива інформація, яка допомагає нам переконатися, що ми в повній мірі служимо нашій спільноті. Відповідати на запитання в цьому розділі є необов'язковим та не впливає на право вашої(их) дитини (дітей) на безкоштовне харчування та харчування за зніженими цінами.**

Позначте однічи кілька расових приналежностей: Американський індіанець або корінний житель Аляски, Азіат Темношкірий(-а) або афро-американець(-ка) Корінний гаваець(-ка) або уродженець(-ка) островів Білий

Позначте одну етнічну приналежність: Тихого океану Латиноамериканець Не латиноамериканець

Право на отримання дитячого харчування: Згідно Національному закону про шкільні обіди Richard B. Russell вимагається надавати інформацію в цій заяві. Ви не зобов'язані надавати інформацію, але якщо ви цього не зробите, ми не можемо схвалити участь вашої дитини в програмі отримання безкоштовного харчування або харчування за зніженими цінами. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування дорослого члена сім'ї, який підписує заяву. Останні чотири цифри номера соціального страхування не потрібні, коли ви подаєте заяву від імені прийомної дитини або вказуєте номер справи або інший FDPIR-ідентифікатор дитини в програмах Supplemental Nutrition Assistance Program (Додаткової допомоги в харчуванні) (Basic Food (Основні продукти харчування)), Temporary Assistance for Needy Families (Тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям, TANF) чи Food Distribution Program on Indian Reservations (Програма розповсюдження їжі в індіанських резерваціях, FDPIR), або якщо ви вказуєте, що дорослий член домогосподарства, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ми використовуємо вашу інформацію, щоб визначити, чи має ваша дитина право на безкоштовне харчування чи на харчування за зніженими цінами, а також для адміністрування та забезпечення виконання програм надання обідів і сніданків. Ми МОЖЕМО передавати інформацію про відповідність вимогам програмам освіти, охорони здоров'я та харчування, щоб допомогти їм оцінити, профінансувати або визначити пільги для своїх програм, аудиторам для перевірки програм і співробітникам правоохоронних органів, щоб допомогти їм розібратися в порушеннях правил програми.

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 TTY), або до USDA через федеральну службу комунікацій повідомлень за телефоном (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу на дискримінацію за програмою, Заявник має заповнити форму AD-3027, 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:

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

Ця установа є постачальником рівних можливостей.

ВКАЖІТЬ НАЗВУ ОКРУГУ Заява шкільного округу про неприпустимість дискримінації

ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ЛИШЕ ШКОЛОЮ – НЕ ПИШІТЬ ПІД ЦИМ РЯДКОМ

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Income Household

Total Household Size _____ Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual

Total Household Income \$ _____

APPLICATION APPROVED FOR: Free Eligible Reduced-Price Eligible

APPLICATION DENIED BECAUSE: Income Over Allowed Amount Incomplete/Missing Information Other: _____

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date