Уважаемый родитель/опекун!

Ваш (-и) ребенок (дети) соответствует (-ют) требованиям для участия в программах помощи; программе Basic Food, программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF); программе распределения продуктов питания в индейских резервациях (Food Distribution on Indian Reservations, FDPIR), Medicaid, а также для получения статуса приемного ребенка, мигранта или бездомного.

Ваш (-и) ребенок (дети) может соответствовать требованиям для оплаты услуг по льготному тарифу или для получения других льгот на услуги школы, финансируемые штатом или из федерального бюджета. Предоставив копию этого уведомления о соответствии требованиям (Notice of Eligibility) в администрацию школы, вы подтвердите право вашего ребенка на участие в отдельных программах. Чтобы узнать больше о конкретных программах, обратитесь в администрацию школы.

Имена детей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_JANE DOE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_JOHN DOE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ABBY DOE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BEN DOE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата вступления в силу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДАТА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Никаких дополнительных действий с вашей стороны не требуется.

Если вы считаете, что другие ваши дети тоже могут иметь право на оплату услуг по льготному тарифу, обратитесь к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_имя, ДОЛЖНОСТЬ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Если в ходе непосредственной оценки было установлено, что ваш (-и) ребенок (дети) соответствуют требованиям, новоприобретенные права сохранятся за ним (-и) в течение всего учебного года. Вам не нужно проходить опрос об уровне доходов семьи.

Мы можем раскрывать информацию о вашем праве на участие в программах в сфере образования, здравоохранения и обеспечения питанием с целью их оценки, финансирования или выбора льгот для отдельных программ; также доступ к данным программы может предоставляться аудиторам с целью осуществления ее проверки и сотрудникам правоохранительных органов, если это необходимо для расследования нарушения правил программы.

С уважением,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИМЯ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДОЛЖНОСТЬ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ДАТА\_\_\_\_

**Имя Должность Дата**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ местного школьного округа**