

# Πρωτότυπη οικογενειακή αίτηση για δωρεάν και σε μειωμένη τιμή σχολικά γεύματα

Συμπληρώστε μία αίτηση ανά νοικοκυριό. Χρησιμοποιήστε στυλό (όχι μολύβι).

**ΚΑΝΤΕ ΑΙΤΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ:** \_\_\_\_\_  
**ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΕ (Όνομα σχολείου/Σχολική περιφέρεια):** \_\_\_\_\_  
**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** \_\_\_\_\_

## 1ο ΒΗΜΑ Εισαγάγετε ΟΛΑ τα παιδιά, τα βρέφη και τους μαθητές μέχρι και τη 3<sup>η</sup> Λυκείου (12<sup>η</sup> τάξη). Επισυνάψτε και άλλο φύλλο αν χρειάζεστε χώρο για περισσότερα ονόματα.

Εισαγάγετε ΟΛΑ τα παιδιά του νοικοκυριού. Μην παραλείψετε να εισαγάγετε βρέφη, παιδιά που φοιτούν σε άλλα σχολεία, παιδιά που δεν φοιτούν σε σχολείο και παιδιά που δεν κάνουν αίτηση για παροχές. Σε αυτά περιλαμβάνονται παιδιά στο νοικοκυριό σας που δεν είναι συγγενείς σας.

Όνομα παιδιού	Αρχικό μεσαίου ονόματος	Επώνυμο παιδιού	Τάξη	Παιδιά που έχουν εγκαταλείψει το σπίτι τους			
				Foster Child	Μετανάστες	Λοιποί	Άστεγοι
				<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"/>

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν

Αν επιλέξατε κάποιο από αυτά τα πλαίσια, ανατρέξτε στις οδηγίες της αίτησης, στο 1ο Βήμα: Μέρος C και Μέρος D.

## 2ο ΒΗΜΑ Συμμετέχει κάποιος/α από τα μέλη του νοικοκυριού σας (και εσείς): στο Πρόγραμμα συμπληρωματικής βοήθειας διατροφής (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), το Πρόγραμμα προσωρινής βοήθειας για άπορες οικογένειες (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) ή το Πρόγραμμα διανομής τροφίμων σε ινδιάνικους καταυλισμούς (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR);

ΟΧΙ → Πηγαίνετε στο 3ο ΒΗΜΑ.  ΝΑΙ → Γράψτε εδώ τον αριθμό υπόθεσης και προχωρήστε στο 4ο ΒΗΜΑ.

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ (ΟΧΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ (Electronic Benefits Transfer, EBT)):** \_\_\_\_\_

Γράψτε μόνο έναν αριθμό υπόθεσης σε αυτό το σημείο.

## 3ο ΒΗΜΑ Εισαγάγετε ΟΛΑ τα μέλη του νοικοκυριού και το εισόδημα κάθε μέλους (προ φόρων και εκπτώσεων)

**A. Όλα τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού (Όλοι όσοι διαμένουν μαζί σας και μοιράζονται τα έσοδα και τα έξοδα, ακόμη και αν δεν υπάρχει συγγένεια, συμπεριλαμβανομένου εσάς.)**

Εισαγάγετε όλα τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού που δεν προσθέσατε στο 1ο ΒΗΜΑ (συμπεριλαμβανομένου εσάς) ακόμη και αν δεν λαμβάνουν εισόδημα. Για κάθε μέλος του νοικοκυριού που εισάγετε, εάν λαμβάνει εισόδημα, αναφέρετε το συνολικό ακαθάριστο εισόδημα (προ φόρων και εκπτώσεων) για κάθε πηγή μόνο σε δολάρια (όχι σεντ). Εάν δεν λαμβάνουν εισόδημα από καμία πηγή, γράψτε "0". Εάν γράψετε "0" ή αφήσετε κενά πεδία, βεβαιώνετε (δεσμεύεστε) ότι δεν υπάρχει εισόδημα που πρέπει να αναφερθεί.

Όνομα ενήλικων μελών νοικοκυριού (Όνομα και επώνυμο)	Έσοδα από εργασία	Πόσο συχνά λαμβάνεται:				Δημόσια αρωγή, Διατροφή παιδιών, Διατροφή	Πόσο συχνά λαμβάνεται:				Συντάξεις, Συνταξιοδότηση, Κοινωνική ασφάλιση, Συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλισης (Supplemental Security Income, SSI), Παροχές συνταξιοϋχων στρατιωτικών (Veteran Affairs, VA), Όλα τα άλλα εισοδήματα	Πόσο συχνά λαμβάνεται:				
		Σε εβδομαδιαία βάση	Κάθε 2 εβδομάδες	2 φορές τον μήνα	Σε μηνιαία βάση		Σε ετήσια βάση	Σε εβδομαδιαία βάση	Κάθε 2 εβδομάδες	2 φορές τον μήνα		Σε μηνιαία βάση	Σε εβδομαδιαία βάση	Κάθε 2 εβδομάδες	2 φορές τον μήνα	Σε μηνιαία βάση
	\$	<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"/>

Σύνολο μελών νοικοκυριού (παιδιά και ενήλικες)

Τελευταίοι τέσσερις αριθμοί του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης του βασικού εργαζόμενου ή άλλου ενήλικου μέλους του νοικοκυριού (αν ισχύει)

Επιλέξτε αν δεν υπάρχει αριθμός κοινωνικής ασφάλισης

**Δείτε στην πίσω σελίδα της αίτησης τη λίστα με τις πηγές εισοδήματος.**

## B. Εισόδημα παιδιού

Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν παιδιά στο νοικοκυριό που κερδίζουν ή λαμβάνουν εισόδημα. Συμπεριλάβετε το ΣΥΝΟΛΙΚΟ εισόδημα (προ φόρων και εκπτώσεων) που λαμβάνουν ΟΛΑ τα παιδιά που εισαγάγατε στο 1ο ΒΗΜΑ εδώ.

Εισόδημα παιδιού \$

Πόσο συχνά λαμβάνεται:			
Σε εβδομαδιαία βάση	Κάθε 2 εβδομάδες	2 φορές τον μήνα	Σε μηνιαία βάση
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4ο ΒΗΜΑ Στοιχεία επικοινωνίας και υπογραφή ενήλικα. ΕΠΙΣΤΡΕΨΤΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΑΣ: Insert school address here

"Βεβαιώνω (δεσμεύομαι) ότι όλα τα στοιχεία της παρούσας αίτησης είναι αληθή και ότι αναφέρονται όλα τα εισοδήματα. Κατανοώ ότι αυτές οι πληροφορίες παρέχονται σε σχέση με τη λήψη των ομοσπονδιακών κεφαλαίων και ότι οι υπάλληλοι του σχολείου μπορούν να επαληθεύσουν (επιβεβαιώσουν) τις πληροφορίες. Αντιλαμβάνομαι ότι αν παρέχω σκόπιμα ψευδείς πληροφορίες, τα παιδιά μου ενδέχεται να χάσουν την παροχή των γευμάτων και μπορεί να ασκηθεί δίωξη σε βάρος μου δυνάμει των πολιτειακών και ομοσπονδιακών νόμων που ισχύουν".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Γράψτε με κεφαλαία το όνομα του ενήλικα που υπογράφει το έντυπο	Υπογραφή ενήλικα		Σημερινή ημερομηνία		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ταχυδρομική διεύθυνση (αν υπάρχει)	Πόλη	Πολιτεία	Ταχυδρομικός κώδικας	Τηλέφωνο (προαιρετικά)	Email (προαιρετικά)

**Επιστρέψτε το συμπληρωμένο έντυπο στο σχολείου του παιδιού σας.**

**ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ**

Για επιπλέον πληροφορίες σχετικά με το εισόδημα, ανατρέξτε στις οδηγίες που συνοδεύουν την αίτηση.

Πηγές εισοδήματος		
Έσοδα από εργασία	Δημόσια αρωγή/Διατροφή/ Διατροφή παιδιών	Συντάξεις/Συνταξιοδότηση/ Όλες οι άλλες πηγές εισοδήματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>Μισθός, ημερομίσθια, μπόνους, φιλοδωρήματα, προμήθειες</li> <li>Καθαρό εισόδημα από αυτοαπασχόληση (φάρμα ή επιχείρηση)</li> </ul> <p><b>Αν υπηρετείτε στις ένοπλες δυνάμεις των ΗΠΑ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Βασικός μισθός και μπόνους (ΜΗ συμπεριλάβετε αμοιβές για υπηρεσία σε εμπόλεμη ζώνη, οικογενειακή συμπληρωματική αποζημίωση διαμονής (Family Subsistence Supplemental Allowance, FSSA) ή ιδιωτικές επιχορηγήσεις για κατοικία)</li> <li>Επιχορηγήσεις για κατοικία εκτός βάσης, σίτιση και ένδυση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Επιδόματα ανεργίας</li> <li>Αποζημίωση εργαζομένων</li> <li>Συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλισης (SSI)</li> <li>Παροχές σε χρήμα από την πολιτειακή ή την τοπική κυβέρνηση</li> <li>Πληρωμές διατροφής</li> <li>Πληρωμές διατροφής παιδιού</li> <li>Παροχές βετεράνων</li> <li>Απεργιακά επιδόματα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Κοινωνική ασφάλιση/Αναπηρία (συμπεριλαμβανομένης συνταξιοδότησης από τον σιδηρόδρομο και επιδομάτων ανθρακώχων)</li> <li>Ιδιωτικές συντάξεις ή επιδόματα αναπηρίας</li> <li>Εισόδημα από καταπιστεύματα ή ακίνητη περιουσία</li> <li>Ετήσια επιδόματα</li> <li>Εισόδημα από επενδύσεις</li> <li>Λαμβανόμενοι τόκοι</li> <li>Εισόδημα από ενοίκια</li> <li>Τακτικές πληρωμές σε μετρητά εκτός νοικοκυριού</li> </ul>

Παραδείγματα εισοδήματος παιδιών
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ένα παιδί εργάζεται με πλήρη ή μερική απασχόληση από την οποία λαμβάνει μισθό ή ημερομίσθιο</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ένα παιδί είναι τυφλό ή ανάπηρο και λαμβάνει επιδόματα κοινωνικής ασφάλισης</li> <li>Ένας γονέας είναι ανάπηρος, συνταξιούχος ή έχει αποβιώσει και το παιδί του λαμβάνει επιδόματα κοινωνικής ασφάλισης</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ένας φίλος ή μέλος της ευρύτερης οικογένειας δίνει τακτικά χρήματα στο παιδί για να ξεδεύει</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ένα παιδί λαμβάνει τακτικό εισόδημα από ιδιωτικό συνταξιοδοτικό ταμείο, ετήσιο επίδομα ή καταπίστευμα</li> </ul>

**ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ**

Εθνοτική και φυλετική ταυτότητα παιδιών. Αυτές οι πληροφορίες διατηρούνται εμπιστευτικές και προστατεύονται από τον νόμο περί ιδιωτικού απορρήτου του 1974.

Είμαστε υποχρεωμένοι να ζητήσουμε πληροφορίες σχετικά με τη φυλή και την εθνικότητα των παιδιών. Αυτές οι πληροφορίες είναι σημαντικές και συμβάλλουν στην επιβεβαίωση ότι υπηρετούμε πλήρως την κοινότητά μας. Η απάντηση σε αυτή την ενότητα είναι προαιρετική και δεν επηρεάζει την επιλεξιμότητα των παιδιών σας για τα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή γεύματα.

**Εθνικότητα (επιλέξτε μία):**  Ισπανόφωνος(-η) ή Λατινοαμερικάνος(-ίδα) (άτομο από την Κούβα, το Μεξικό, το Πουέρτο Ρίκο, τη Νότια ή την Κεντρική Αμερική ή άλλη ισπανόφωνη κουλτούρα ή καταγωγή, ανεξαρτήτως φυλής)  Μη Ισπανόφωνος(-η) ή Λατινοαμερικάνος(-ίδα)

**Φυλή (επιλέξτε μία ή περισσότερες):**  Ινδιάνος(-α) της Αμερικής ή γηγενής της Αλάσκα  Ασιάτης(-ισσα)  Μαύρος(-η) ή Αφροαμερικάνος(-ίδα)  Γηγενής της Χαβάης ή άλλου νησιού του Ειρηνικού  Λευκός

Επιστρέψτε αυτό το συμπληρωμένο έντυπο στο σχολείο του παιδιού σας. \*Μη στέλνετε με ταχυδρομείο, φαξ ή email τις συμπληρωμένες αιτήσεις στο γραφείο του Βοηθού Γενικού Γραμματέα πολιτικών δικαιωμάτων του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ.

**DO NOT FILL OUT**

For school use only.

**Annual Income Conversion:** Weekly × 52, Every 2 Weeks × 26, Twice a Month × 24, Monthly × 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income	How often?					Household size	Eligibility			
<input type="text"/>	Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual	<input type="text"/>	Free	Reduced	Denied	
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature				Date	Verifying Official's Signature			Date

**Δήλωση χρήσης πληροφοριών**

Σύμφωνα με τον εθνικό νόμο περί σχολικών γευμάτων Richard B. Russell National School Lunch Act, χρησιμοποιούμε υποχρεωτικά πληροφορίες από την παρούσα αίτηση για να διαπιστώσουμε ποιος πληροί τις προϋποθέσεις για δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή γεύματα. Εγκρίνονται μόνο τα συμπληρωμένα έντυπα. Ενδέχεται να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες επιλεξιμότητας σε εκπαιδευτικά, υγειονομικά και διατροφικά προγράμματα για να εξασφαλίσουμε τις παροχές των προγραμμάτων για το νοικοκυριό σας. Οι πληροφορίες σας ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν επίσης από επιθεωρητές και αρχές επιβολής του νόμου προκειμένου να επιβεβαιώσουν ότι τηρούνται οι κανόνες του προγράμματος.

Μην παραλείψετε να εισαγάγετε τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης του ενήλικου μέλους του νοικοκυριού που υπογράφει την αίτηση. Εάν ο ενήλικας δεν διαθέτει τέτοιο αριθμό, οι αιτήσεις με επιλογή "Επιλέξτε αν δεν υπάρχει αριθμός κοινωνικής ασφάλισης" για Foster Child δεν χρειάζεται να περιλαμβάνουν αριθμό κοινωνικής ασφάλισης. Αιτήσεις για παιδιά σε νοικοκυριά που λαμβάνουν το Πρόγραμμα συμπληρωματικής βοήθειας διατροφής (SNAP) ή το Πρόγραμμα προσωρινής βοήθειας για άπορες οικογένειες (TANF) ή το Πρόγραμμα διανομής τροφίμων σε ινδιάνικους καταυλισμούς (FDPIR) δεν χρειάζεται να προσθέσουν αριθμό κοινωνικής ασφάλισης. Ορισμένα παιδιά πληρούν τις προϋποθέσεις για δωρεάν γεύματα χωρίς αίτηση. Επικοινωνήστε με το σχολείο σας για να λάβετε τα δωρεάν γεύματα για ένα Foster Child και παιδιά που είναι άστεγα, μετανάστες ή έχουν εγκαταλείψει το σπίτι τους.

**Τα παρακάτω στοιχεία επικοινωνίας χρησιμεύουν αποκλειστικά για κατάθεση παραπόνων για διακρίσεις**

Σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο για τα πολιτικά δικαιώματα και τους κανονισμούς και τις πολιτικές περί πολιτικών δικαιωμάτων του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ (USDA), το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο (συμπεριλαμβανομένης της ταυτότητας φύλου και του σεξουαλικού προσανατολισμού), την αναπηρία, την ηλικία, ή να προβαίνει σε αντεκδίκηση ή αντίποινα για προηγούμενη δραστηριότητα πολιτικών δικαιωμάτων.

Οι πληροφορίες για τα προγράμματα μπορούν να διατεθούν σε άλλες γλώσσες εκτός από τα αγγλικά. Τα άτομα με αναπηρίες που χρειάζονται εναλλακτικά μέσα επικοινωνίας για γρήγορη περιγραφή της εικαζόμενης μεροληπτικής ενέργειας, με επαρκείς λεπτομέρειες ώστε να μπορεί να ενημερωθεί ο Βοηθός Γραμματέας Πολιτικών Δικαιωμάτων (ASCR) σχετικά με τη φύση και την ημερομηνία μιας εικαζόμενης παραβίασης πολιτικών δικαιωμάτων. Το συμπληρωμένο έντυπο AD-3027 ή το γράμμα πρέπει να υποβληθεί στο:

Για να υποβάλετε μια καταγγελία για διακρίσεις στο πρόγραμμα, ένας καταγγέλλων θα πρέπει να συμπληρώσει το Έντυπο AD-3027, Έντυπο καταγγελίας για διακρίσεις στο πρόγραμμα USDA, το οποίο μπορείτε να λάβετε από το διαδικτυο στη διεύθυνση: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, από οποιοδήποτε γραφείο του USDA, καλώντας στο (866)-632-9992 ή στέλνοντας ένα γράμμα στο USDA. Το γράμμα πρέπει να περιέχει το όνομα, τη διεύθυνση, τον αριθμό τηλεφώνου και τη γρήγορη περιγραφή της εικαζόμενης μεροληπτικής ενέργειας, με επαρκείς λεπτομέρειες ώστε να μπορεί να ενημερωθεί ο Βοηθός Γραμματέας Πολιτικών Δικαιωμάτων (ASCR) σχετικά με τη φύση και την ημερομηνία μιας εικαζόμενης παραβίασης πολιτικών δικαιωμάτων. Το συμπληρωμένο έντυπο AD-3027 ή το γράμμα πρέπει να υποβληθεί στο:

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

ΦΑΞ: (833) 256-1665 ή (202) 690-7442, ή  
EMAIL: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

\*Μη αποστέλλετε αιτήσεις σε αυτή τη διεύθυνση, μόνο παράπονα για διακρίσεις.

Επιστρέψτε το συμπληρωμένο έντυπο στο σχολείο του παιδιού σας.

Το ίδρυμα αυτό είναι πάροχος ίσων ευκαιριών.