

Prototyp wniosku gospodarstwa domowego o bezpłatne i tańsze posiłki w szkole

Wypełnij jeden wniosek na gospodarstwo domowe. Użyj długopisu (nie ołówka).

ZŁÓŻ ONLINE: _____

PRZEKAŻ DO (Nazwa szkoły/okręgu): _____

ADRES: _____

KROK 1 Wymień WSZYSTKIE dzieci, włącznie z niemowlętami i uczniami do klasy 12. Dołącz kolejną kartkę, jeśli potrzebujesz więcej miejsca na nazwiska.

Wymień WSZYSTKIE dzieci w gospodarstwie domowym. Nie zapomnij wymienić niemowląt, dzieci uczęszczających do innych szkół, dzieci nieuczęszczających do szkoły oraz dzieci nieubiegających się o świadczenia. Uwzględnij dzieci w gospodarstwie domowym, które nie są z Tobą spokrewnione.

Imię dziecka	Inicjał drugiego imienia	Nazwisko dziecka	Klasa	Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi			
				Foster Child	Migrant	Osoba, która zbiegła z domu	Osoba bezdomna
				<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"/>

Jeśli zaznaczyłeś (-aś) którekolwiek z tych pól, zapoznaj się z Instrukcją wypełniania wniosku Krok 1: Część C i Część D.

KROK 2 Czy którykolwiek z członków gospodarstwa domowego (łącznie z Tobą) uczestniczy w programie: Program pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Program tymczasowej pomocy dla rodzin ubogich (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) lub Program dystrybucji żywności w rezerwach Indian (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR)?

NIE → Przejdź do KROKU 3. TAK → Wpisz numer uczestnika i przejdź do KROKU 4.

NUMER UCZESTNIKA (NIE NUMER Elektroniczny przelew świadczeń (Electronic Benefits Transfer, EBT):

Wpisz w tym miejscu tylko jeden numer uczestnika.

KROK 3 Wymień WSZYSTKICH członków gospodarstwa domowego i dochody każdego z nich (przed opodatkowaniem i odliczeniami)

A. Wszyscy dorośli członkowie gospodarstwa domowego (wszystkie osoby, które mieszkają z Tobą i mają wspólne dochody i wydatki, nawet jeśli nie są spokrewnione, w tym Ty).

Wymień wszystkich dorosłych członków gospodarstwa domowego niewymienionych w KROKU 1 (w tym siebie), nawet jeśli nie otrzymują oni dochodu. Dla każdego wymienionego członka gospodarstwa domowego, który otrzymuje dochód, podaj całkowity dochód brutto (przed opodatkowaniem i odliczeniami) z każdego źródła w pełnych dolarach (bez centów). Jeśli ta osoba nie otrzymuje dochodu z żadnego źródła, wpisz „0”. Jeśli wpiszesz „0” lub pozostawisz jakiegokolwiek pole puste, poświadczasz (gwarantujesz), że nie osiągasz żadnych dochodów, podlegających zgłoszeniu.

Imię i nazwisko dorosłego członka gospodarstwa domowego	Zarobki ze stosunku pracy	Jak często otrzymywany?					Zasiłki z pomocy społecznej, zasiłki na dzieci, alimenty	Jak często otrzymywany?				Emerytury, renty, ubezpieczenie społeczne, świadczenia z ubezpieczenia społecznego (Supplemental Security Income, SSI), zasiłki dla weteranów, pozostałe dochody	Jak często otrzymywany?			
		Co tydzień	Co 2 tygodnie	2 razy w miesiącu	Co miesiąc	Co rok		Co tydzień	Co 2 tygodnie	2 razy w miesiącu	Co miesiąc		Co tydzień	Co 2 tygodnie	2 razy w miesiącu	Co miesiąc
	\$	<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"/>

Łączna liczba członków gospodarstwa domowego (dzieci i dorosłych)

Ostatnie cztery cyfry numeru ubezpieczenia społecznego głównego żywiciela rodziny lub innego dorosłego członka gospodarstwa domowego (w stosownych przypadkach)

Zaznacz, jeśli nie masz numeru ubezpieczenia społecznego

Lista źródeł dochodu znajduje się na odwrocie wniosku.

B. Dochód dziecka

Czasami dzieci w gospodarstwie domowym zarabiają lub otrzymują dochody.

Uwzględnij tutaj CAŁKOWITY dochód (przed opodatkowaniem i odliczeniami) uzyskiwany przez WSZYSTKIE dzieci wymienione w KROKU 1. \$

Dochód dziecka	Jak często otrzymywany?				
	Co tydzień	Co 2 tygodnie	2 razy w miesiącu	Co miesiąc	Co rok
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KROK 4 Dane kontaktowe i podpis osoby dorosłej. PRZEKAŻ WYPEŁNIONY FORMULARZ DO SZKOŁY SWOJEGO DZIECKA: Insert school address here

„Poświadczam (gwarantuję), że wszystkie informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe i że wszystkie dochody zostały zgłoszone. Rozumiem, że podaję te informacje w związku z otrzymaniem funduszy federalnych i że urzędnicy szkolni mogą zweryfikować (potwierdzić) te informacje. Mam świadomość, że jeśli celowo podam fałszywe informacje, moje dzieci mogą stracić możliwość otrzymywania posiłków, a przeciw mnie może zostać wszczęte postępowanie karne zgodnie z obowiązującym prawem stanowym i federalnym”.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko osoby dorosłej podpisującej formularz	Podpis osoby dorosłej	Dzisiejsza data
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres pocztowy (w stosownych przypadkach)	Miasto	Stan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kod	Telefon (opcjonalnie)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Adres e-mail (opcjonalnie)

Przełącz wypełniony formularz do szkoły swojego dziecka.

Źródła dochodu			Przykłady dochodów dzieci
<p>Zarobki ze stosunku pracy</p> <ul style="list-style-type: none"> Pensja, płace, premie pieniężne, napiwki, prowizje Dochód netto z samozatrudnienia (gospodarstwo rolne lub działalność gospodarcza) <p>Jeśli służysz w armii amerykańskiej:</p> <ul style="list-style-type: none"> Płaca podstawowa i premie pieniężne (NIE wliczaj dodatku bojowego, zasiłku rodzinnego na utrzymanie (Family Subsistence Supplemental Allowance, FSSA) lub dodatków na mieszkanie prywatne) Dodatki na mieszkanie poza bazą, żywność i odzież 	<p>Zasiłki z pomocy społecznej/alimenty/zasiłki na dzieci</p> <ul style="list-style-type: none"> Zasiłki dla bezrobotnych Odszkodowania pracownicze Uzupełniające zasiłki z ubezpieczeń społecznych (Supplemental Security Income, SSI) Pomoc pieniężna od władz państwowych lub lokalnych Alimenty Zasiłki na dzieci Świadczenia dla kombatantów Świadczenia z tytułu strajków 	<p>Emerytury/renty/pozostałe źródła dochodu</p> <ul style="list-style-type: none"> Świadczenia z ubezpieczenia społecznego/dla niepełnosprawnych (w tym emerytury kolejowe i świadczenia dla górników) Prywatne emerytury lub zasiłki dla niepełnosprawnych Dochody z trustów lub majątków Dochody z polis emerytalnych Dochody z inwestycji Zarobione odsetki Dochody z wynajmu Regularne płatności gotówkowe spoza gospodarstwa domowego 	<ul style="list-style-type: none"> Dziecko ma regularną pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin, z której otrzymuje pensję lub wynagrodzenie Dziecko jest niewidome lub niepełnosprawne i otrzymuje zasiłek socjalny Rodzic jest niepełnosprawny, na emeryturze lub zmarł, a jego dziecko otrzymuje zasiłek socjalny Przyjaciel lub członek dalszej rodziny regularnie przekazuje dziecku pieniądze na wydatki Dziecko otrzymuje regularne dochody z prywatnego funduszu emerytalnego, renty lub funduszu powierniczego

OPCJONALNIE

Tożsamość etniczna i rasa dzieci. Informacje te mają charakter poufny i są chronione na mocy ustawy o ochronie prywatności z 1974 roku.

Mamy obowiązek poprosić o informacje na temat rasy i pochodzenia etnicznego Twoich dzieci. Te informacje są ważne i dają nam pewność, że odpowiednio służymy naszej społeczności. Wypełnienie tej części jest opcjonalne i nie ma wpływu na uprawnienie Twoich dzieci do bezpłatnych lub tańszych posiłków w szkole.

Pochodzenie etniczne (zaznacz jedno): Latynos (osoba pochodzenia kubańskiego, meksykańskiego, portorykańskiego, południowo- lub środkowoamerykańskiego lub z innej kultury lub pochodzenia hiszpańskojęzycznego, niezależnie od rasy) Osoba niebędąca latynosem

Rasa (zaznacz jedną lub więcej): Rdzenny Amerykanin lub mieszkaniowiec Alaski Azjata Rasa czarna lub Afroamerykanin Rdzenny Hawajczyk lub osoba pochodząca z Wysp Pacyfiku Rasa biała

Przeznacz wypełniony formularz do szkoły swojego dziecka. ***Nie wysyłaj wypełnionych wniosków pocztą, faksem lub pocztą elektroniczną do Asystenta sekretarza ds. praw obywatelskich Departamentu Rolnictwa USA (U.S. Department of Agriculture, USDA).**

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	Categorical Eligibility	Eligibility									
<input type="text"/>	Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual	<input type="text"/>	Free	Reduced	Denied	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Determining Official's Signature	Date					Confirming Official's Signature	Date			Verifying Official's Signature	Date							

Dokument informacyjny

Zgodnie z ustawą Richard B. Russell National School Lunch Act musimy wykorzystać informacje podane w tym wniosku do weryfikacji uprawnień do bezpłatnych lub tańszych posiłków. Możemy przyjąć tylko w pełni wypełnione formularze. Możemy udostępnić informacje dotyczące Twoich uprawnień osobom odpowiedzialnym za realizację programów edukacyjnych, zdrowotnych i żywieniowych, aby pomóc w świadczeniu usług na rzecz Twojego gospodarstwa domowego. Informacje te mogą również być wykorzystywane przez inspektorów i organy ścigania w ramach kontroli przestrzegania zasad programu.

Pamiętaj o podaniu czterech ostatnich cyfr numeru ubezpieczenia społecznego dorosłego członka gospodarstwa domowego, który podpisuje wniosek. Jeśli osoba dorosła nie ma takiego numeru, zaznacz pole „Zaznacz, jeśli nie masz numeru ubezpieczenia społecznego” Wnioski dla *Foster Child* nie muszą zawierać numeru ubezpieczenia społecznego. Wnioski dla dzieci z gospodarstw domowych uczestniczących w programach Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) lub Temporary Assistance for Needy Families (TANF) lub Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) nie muszą zawierać numeru ubezpieczenia społecznego. Niektóre dzieci kwalifikują się do bezpłatnych posiłków bez składania wniosku. Skontaktuj się ze szkołą swojego dziecka, aby otrzymać darmowe posiłki dla *Foster Child* oraz dzieci będących osobami bezdomnymi, migrantami lub osobami, które zbiegły z domu.

Poniższe informacje kontaktowe służą wyłącznie do składania skarg dotyczącej dyskryminacji

Zgodnie z federalnym prawem obywatelskim oraz regulaminem i polityką związaną z prawami obywatelskimi w Departamencie Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA), w instytucji tej zabroniona jest dyskryminacja z powodu rasy, koloru skóry, pochodzenia, płci (w tym tożsamości płciowej i seksualnej orientacji), niepełnosprawności, wieku, jak i represja i akcje odwetowe za poprzednie czynności związane z prawami obywatelskimi.

Informacje o programie mogą być dostępne w językach innych niż angielski. Osoby niepełnosprawne, które wymagają innych metod komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (n.p. język Braille, duża czcionka, taśma audio, amerykański język migowy), powinny skontaktować się ze odpowiednią stanową lub lokalną agencją, która prowadzi program lub z USDA'S TARGET Center pod numerem (202) 720-2600 (głosowo oraz TTY) lub skontaktować się z USDA poprzez telekomunikacyjną usługę przekazywania (Federal Relay Service) pod numerem (800) 877-8339.

W celu złożenia skargi dotyczącej dyskryminacji w programie, osoba skarżącą się powinna wypełnić formularz AD-3027, Formularz skargi na dyskryminację w programie USDA, który można uzyskać na stronie internetowej pod adresem: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, w każdym biurze USDA, lub telefonicznie dzwoniąc pod numer (866)-632-9992, lub też wysyłając list do USDA. List musi zawierać imię i nazwisko skarżącego się, adres, numer telefonu oraz pisemny opis domniemanej czynności dyskryminującej, podając asystentowi sekretarza do spraw praw człowieka (ASCR) wystarczające informacje zawierające naturę i datę domniemanej dyskryminacji praw człowieka. Wypełniony formularz AD-3027 lub list musi zostać złożony do USDA w jeden z następujących sposobów:

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

FAKS: (833) 256-1665 lub (202) 690-7442; lub
E-MAIL: program.intake@usda.gov

***Na ten adres nie należy wysłać wniosków, a jedynie skargi dotyczące dyskryminacji.**