

نموذج أولي لطلب عائلي لوجبات مدرسية مجانية ومخفضة الأسعار

أكمل طلباً واحداً لكل أسرة. استخدم قلم حبر (وليس قلم رصاص).

الخطوة 1 ضع قائمة بجميع الأطفال والرضع والطلاب حتى الصف الثاني عشر. أرفق ورقة أخرى إذا كنت بحاجة إلى مساحة لمزيد من الأسماء.

ضع قائمة بجميع الأطفال في الأسرة. لا تنس أن تضع قائمة بالرضع والأطفال المتحقين بمدارس أخرى والأطفال غير المتحقين بالمدارس والأطفال الذين لا يتقدمون للحصول على الإعانات. وهذا يشمل الأطفال غير المرتبطين بك في أسرتك.

الاسم الاول للطفل	MI	الاسم الأخير للطفل	الصف الدراسي	Foster Child	مهاجر	هارب	مشرد

إذا قمت بتحديد أي من هذه الخانات ، فيرجى العودة إلى خطوة تعليمات الطلب 1: الجزء ج والجزء د.

تأكد من كل ما ينطبق

الخطوة 2 هل يشارك أي من أفراد أسرتك (بما فيهم أنت) في: (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) برنامج توزيع الغذاء في المحافظات الهندية؟

رقم القضية (وليس رقم [Electronic Benefits Transfer, EBT] التحويل الإلكتروني للمخصصات):

نعم اكتب رقم الحالة هنا وانتقل إلى الخطوة 4. لا انتقل إلى الخطوة 3.

اكتب رقم حالة واحد فقط في هذه المساحة.

الخطوة 3 اذكر جميع أفراد الأسرة والدخل لكل فرد (قبل الضرائب والخصومات)

A. جميع أفراد الأسرة البالغين (أي شخص يعيش معك ويشارك الدخل والمصروفات ، حتى لو لم يكن ذا علاقة ، بما في فيهم أنت).

قم بإدراج جميع أفراد الأسرة البالغين غير المدرجين في الخطوة 1 (بما فيهم أنت) حتى لو لم يحصلوا على دخل. بالنسبة لكل فرد من أفراد الأسرة المُدرجين في القائمة، إذا حصلوا على دخل ، بلغ عن إجمالي الدخل (قبل الضرائب والخصومات) لكل مصدر بالدولار الكامل فقط (بدون سنتات). إذا لم يحصلوا على دخل من أي مصدر، اكتب "0". إذا أدخلت "0" أو تركت أي حقول فارغة، فأنت تشهد (تتعهد) بعدم وجود دخل للإبلاغ عنه.

اسم أفراد الأسرة البالغين (الأول والأخير)	الدخل من العمل	كم مرة يتم الاستلام؟					مساعدة عامة، دعم الطفل، إعالة	كم مرة يتم الاستلام؟									
		أسبوعياً	كل 2 أسبوعين	شهرين	2x شهرين	سنوياً		أسبوعياً	كل 2 أسبوعين	شهرين	2x شهرين	شهرياً					

إجمالي أفراد الأسرة (الأطفال والكبار)

الأرقام الأربعة الأخيرة للضمان الاجتماعي لرقم صاحب الراتب الأساسي أو غيره من أفراد الأسرة البالغين (إذا كان ذلك ممكناً)

تحقق من عدم وجود رقم الضمان الاجتماعي

كم مرة يتم الاستلام؟ كل 2 أسبوعين 2x شهرين شهرياً سنوياً

كم مرة يتم الاستلام؟ \$

يرجى مراجعة ظهر الطلب للحصول على قائمة مصادر الدخل.

B. دخل الطفل

في بعض الأحيان يكسب الأطفال في الأسرة دخلاً أو يحصلون عليه. أدرج إجمالي الدخل (قبل الضرائب والخصومات) الذي حصل عليه جميع الأطفال المدرجين في الخطوة 1 هنا.

الخطوة 4 معلومات الاتصال وتوقيع الكبار. أرسل النموذج بعد استكمالته إلى مدرسة طفلك:

"أشهد (تتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وأني أبلغت عن جميع الدخل. أفهم أن هذه المعلومات مقدمة فيما يتعلق باستلام الأموال الفيدرالية ، وأن مسؤولي المدرسة قد يتحققون (يؤكدون) المعلومات. وأدرك أنني إذا قدمت معلومات خاطئة عمداً ، فقد يفقد أطفالي مزايا الوجبات ، وقد تتم مقاضاتي بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها."

اكتب اسم الشخص البالغ الذي يوقع على الاستمارة

توقيع البالغ

تاريخ اليوم

العنوان البريدي (إن وجد)

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

الهاتف (اختياري)

البريد الإلكتروني (اختياري)

أرسل النموذج بعد استكمالته إلى مدرسة طفلك.

أمثلة على دخل الأطفال	مصادر الدخل	الدخل من العمل
لدى الطفل وظيفة منتظمة بدوام كامل أو جزئي حيث يتقاضى راتباً أو أجراً	معاشات / تقاعد / جميع مصادر الدخل الأخرى	الراتب والأجور والمكافآت النقدية والإكراميات والعمولات صافي الدخل من العمل الحر (مزرعة أو تجارة)
طفل كيفيف أو معاق ويتلقى استحقاقات الضمان الاجتماعي أحد الوالدين معاق أو متقاعد أو متوفى ويتلقى طفله مزايا الضمان الاجتماعي	الضمان الاجتماعي/الإعاقعة (بما في ذلك تقاعد السكك الحديدية ومزايا الرتبة السوداء) المعاشات الخاصة أو استحقاقات الإعاقعة الدخل من الصناديق أو العقارات المعاشات دخل الاستثمار الفوائد المكتسبة إيرادات الإيجار مدفوعات نقدية منتظمة من خارج الأسرة	إذا كنت في الجيش الأمريكي: الراتب الأساسي والمكافآت النقدية (لا تشمل أجر قتالي، أو Family Subsistence Supplemental Allowance, FSSA) إدارة شؤون الأسرة والخدمات الاجتماعية، أو بدلات إسكان مخصص (بدلات السكن خارج القاعدة، والطعام، والملابس
صديق أو أحد أفراد الأسرة الممتدة يعطي الطفل المال بانتظام		
يتلقى الطفل دخلاً منتظماً من صندوق معاشات تقاعدية خاص أو معاش سنوي أو ائتمان		

اختياري

الهويات العرقية والإثنية للأطفال. تظل هذه المعلومات سرية ويمكن حمايتها بموجب قانون الخصوصية لعام 1974.

نحن مطالبون بأن نأخذ معلومات حول عرق أطفالك وإثنتهم. هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من أننا نخدم مجتمعنا بشكل كامل. الرد على هذا القسم اختياري ولا يؤثر على أهلية أطفالك للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر.

العرق (أشتر على واحد): من أصل إسباني أو لاتيني (شخص من أصل كوبي أو مكسيكي أو بورتوريكي أو جنوب أو أمريكا الوسطى أو أي ثقافة أو أصل إسباني آخر، بغض النظر عن العرق) ليس ابيض أو لاتينيالعرق (حدد واحداً أو أكثر): الهنود الأمريكيون أو سكان الأسكا الأصليين آسيوي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ أبيض

أرسل هذا النموذج المكتمل إلى مدرسة طفلك. *لاترسل الطلبات المكتملة بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني إلى مكتب وزارة الزراعة الأمريكية التابع لمساعد وزير الحقوق المدنية.

DO NOT FILL OUT For school use only.

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

Total Income	How often?	Household size	Categorical Eligibility	Eligibility																
<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>Weekly</td> <td>Every 2 Weeks</td> <td>2x Month</td> <td>Monthly</td> <td>Annual</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>Free</td> <td>Reduced</td> <td>Denied</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Free	Reduced	Denied	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual																
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																
Free	Reduced	Denied																		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																		
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature	Date	Verifying Official's Signature																

بيان استخدام المعلومات

يتطلب قانون ريتشارد بي روسل (Richard B. Russell) الوطني للغذاء المدرسي أن نستخدم المعلومات من هذا الطلب لمعرفة من هو المؤهل للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر. يمكننا الموافقة على النماذج الكاملة فقط. قد نشارك معلومات أهليتك مع برامج التعليم والصحة والتغذية لمساعدتهم على تقديم مزايا البرنامج لأسرتك. قد يستخدم المفتشون وسلطات إنفاذ القانون أيضاً معلوماتك للتأكد من استيفاء قواعد البرنامج.

يرجى التأكد من تقديم آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي لأحد أفراد الأسرة البالغين الذين يوقعون على الطلب. إذا لم يكن لدى الشخص البالغ، "تأكد إذا لم يكن هناك رقم ضمان اجتماعي" طلبات Foster Child فلا حاجة إلى وضع رقم الضمان الاجتماعي في القائمة. لا تحتاج طلبات الأطفال في الأسر التي تتلقى برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع الغذاء في المحافظات الهندية (FDPPIR) إلى إدراج رقم الضمان الاجتماعي. يتأهل بعض الأطفال للحصول على وجبات مجانية دون تقديم طلب. يرجى الاتصال بمدركتكم للحصول على وجبات مجانية Foster Children والأطفال المشردين أو المهاجرين أو الهاريين.

عناوين الاتصال أدناه هي فقط لتقديم شكوى بشأن التمييز

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي، ولوائح وسياسات وزارة الزراعة الأمريكية المعنية بالحقوق المدنية، يحظر على هذه المؤسسة التمييز ضد الآخرين على أساس العرق أو اللون أو الأصول القومية أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية، والتوجه الجنسي) أو الإعاقعة أو العمر أو الانتقام أو التآمر من نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية يمكن اتاحة المعلومات بشأن البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. ويجب على الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة من أجل الحصول على معلومات تتعلق بالبرنامج (على سبيل المثال: لغة برايل للمكفوفين، الطباعة بأحرف كبيرة، شريط صوتي، لغة الإشارة الأمريكية) الاتصال بالوكالة الولائية أو المحلية المسؤولة المعنية بإدارة البرنامج أو مركز تارجيت (TARGET) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على هاتف رقم: 2600-720 (202) (يُمكن استخدام آلة الكتابة الطباعة عن بُعد للأشخاص الذي يعانون من ضعف السمع أو صعوبة النطق أو استخدام تقنية الصوت) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية عبر خدمة تحويل المكالمات الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800)

للتقديم بشكوى ضد أي من البرنامج بشأن التمييز، يجب على مقدم الشكوى تعبئة نموذج (AD-3027) شكوى ضد التمييز في أحد برامج وزارة الزراعة الأمريكية. ويمكن الحصول على النموذج على الرابط: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> أو من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية من خلال الاتصال على الرقم: 632-9992-(866)، أو بإرسال خطاب إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يحتوي الخطاب على: اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفاً مكتوباً للإجراء التمييزي المزعوم وجميع التفاصيل الكافية لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية بشأن طبيعة وتاريخ الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية. ويجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 مكتملاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية بأحد الطرق التالية:

*لا ترسل الطلبات بالبريد على هذا العنوان، وإنما شكواي التمييز فقط.

فاكس: 256-1665 (833) أو 690-7442 (202) ؛ أو
EMAIL: program.intake@usda.gov

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

* البريد الإلكتروني