

# แบบฟอร์มการสมัครรับอาหารโรงเรียนฟรีและรับส่วนลดสำหรับครอบครัว

กรอกใบสมัครเพียงหนึ่งครั้งต่อหนึ่งครัวเรือน กรุณาใช้ปากกา (ห้ามใช้ดินสอ)

สมัครออนไลน์: \_\_\_\_\_

ส่งกลับไป (ชื่อโรงเรียน/เขตการศึกษา): \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

## ขั้นตอนที่ 1 ระบุสมาชิกในครอบครัวที่เป็นทารก เด็ก และนักเรียนที่ศึกษาในระดับจนถึงและรวมถึงที่ศึกษาในเกรด 12 หากต้องการเพิ่มรายชื่อบุคคลเพิ่มเติม คุณสามารถแนบกระดาษเพิ่มได้

ระบุรายชื่อของเด็กทุกคนที่อาศัยในครัวเรือน อย่่าลืมระบุรายชื่อทารก เด็กที่เรียนโรงเรียนประเภทอื่น เด็กที่ไม่ได้เข้าโรงเรียน และเด็กที่ไม่ได้ขอรับสิทธิประโยชน์ ซึ่งรวมถึงเด็กที่ไม่เกี่ยวข้องทางสายเลือดกับท่านก็ตาม

ชื่อเด็ก	อักษรย่อชื่อกลาง	นามสกุลเด็ก	เกรด	Foster Child	ผู้อพยพ	หนี้ออกจากบ้าน	ไร้บ้าน
				<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"/>

เลือกทุกข้อที่ตรงตามจริง

หากคุณเลือกช่องใดช่องหนึ่งเหล่านี้ โปรดดูขั้นตอนที่ 1 ของคำแนะนำการใช้งาน: ส่วน ค และส่วน ง

## ขั้นตอนที่ 2 มีสมาชิกคนใดในครอบครัว (รวมทั้งคุณ) เข้าร่วมอย่างน้อยหนึ่งโครงการช่วยเหลือต่อไปนี้หรือไม่: โครงการความช่วยเหลือทางโภชนาการกับประชาชนสหรัฐฯ ผู้ที่มีรายได้น้อย (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) โครงการช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่ขัดสน (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) หรือ โครงการแจกจ่ายอาหารในพื้นที่สงวนของอินเดีย (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR)

หากไม่ → ไปยังขั้นตอนที่ 3  หากใช่ → เขียนหมายเลขประจำตัวของโครงการที่นี้ แล้วไปยังขั้นตอนที่ 4

หมายเลขประจำตัวของโครงการ (ไม่ใช่หมายเลขการโอนผลประโยชน์ทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Benefits Transfer, EBT): \_\_\_\_\_

ระบุเฉพาะหมายเลขกรณีเพียงชุดเดียวลงในช่องนี้

## ขั้นตอนที่ 3 ระบุรายชื่อสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมดและรายได้ของสมาชิกแต่ละคน (ก่อนหักภาษี)

A. สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด (ทุกคนที่อาศัยอยู่ร่วมกับคุณและแบ่งปันรายได้และค่าใช้จ่าย แม้ว่าจะไม่เกี่ยวข้องกัน ทั้งนี้รวมถึงตัวคุณด้วย) ให้ระบุสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมดที่ไม่ได้ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1 (รวมถึงตัวคุณเองด้วย) แม้ว่าพวกเขาจะไม่ได้รับรายได้ก็ตาม สำหรับสมาชิกในครัวเรือนแต่ละคนที่ระบุไว้ หากพวกเขาได้รับรายได้ ให้รายงานรายได้รวมทั้งหมด (ก่อนหักภาษี) สำหรับรายได้แต่ละแหล่งที่มาในสกุลเงินดอลลาร์ทั้งหมดเท่านั้น (ไม่นับจำนวนเซ็นต์) หากบุคคลเหล่านั้นไม่ได้รับรายได้จากแหล่งใด ๆ เลย ให้เขียน "0" หากคุณกรอก "0" หรือเว้นช่องว่างไว้ จะถือว่าคุณยืนยัน (ยอมรับ) ว่าไม่มีรายได้ที่จะรายงาน

ชื่อของสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่ (ชื่อและนามสกุล)	รายได้จากการทำงาน	ความถี่ที่ได้รับเงิน					การช่วยเหลือสาธารณะ การสนับสนุนเด็ก ค่าเลี้ยงดู	ความถี่ที่ได้รับเงิน				เงินบำนาญ เงินเกษียณอายุ ประกันสังคม รายได้เสริมด้านความปลอดภัย (Supplemental Security Income, SSI) สวัสดิการทหารผ่านศึก (Veterans Benefits, VA) รายได้อื่น ๆ ทั้งหมด	ความถี่ที่ได้รับเงิน			
		รายสัปดาห์	ทุก 2 สัปดาห์	2x เดือน	รายเดือน	รายปี		รายสัปดาห์	ทุก 2 สัปดาห์	2x เดือน	รายเดือน		รายสัปดาห์	ทุก 2 สัปดาห์	2x เดือน	รายเดือน
	\$	<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"/>

สมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด (เด็กและผู้ใหญ่)

ระบุหมายเลขประกันสังคมสี่ตัวท้ายของ ผู้มีรายได้อีก หรือ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ (ถ้ามี)

ทำเครื่องหมายที่นี้หากไม่มีหมายเลขประกันสังคม

**โปรดดูรายการแหล่งที่มาของรายได้ในด้านหลังของใบสมัคร**

B. รายได้ของเด็ก บางครั้งเด็ก ๆ ในครอบครัวมีรายได้ หรือได้รับรายได้ รวมถึงรายได้รวมทั้งหมด (ก่อนการหักภาษีและหักเงินอื่นๆ) ที่เด็กทุกคนได้รับตามรายการในขั้นตอนที่ 1 ในส่วนนี้ \$

ความถี่ที่ได้รับเงิน				
รายสัปดาห์	ทุก 2 สัปดาห์	2x เดือน	รายเดือน	รายปี
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ขั้นตอนที่ 4 ข้อมูลการติดต่อและลายเซ็นผู้ใหญ่ ส่งแบบฟอร์มที่กรอกเรียบร้อยแล้วกลับไปยังโรงเรียนของบุตรของท่าน: Insert school address here

"ข้าพเจ้าขอรับรอง (สัญญา) ว่าข้อมูลทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงและได้รายงานรายได้ทั้งหมด ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลนี้มอบให้เกี่ยวกับการรับเงินของรัฐมาลากลาง และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนสามารถตรวจสอบ (ยืนยัน) ข้อมูลได้ ข้าพเจ้ากราบตัวว่าหากข้าพเจ้าให้ข้อมูลเท็จโดยเจตนา บุตรของข้าพเจ้าอาจสูญเสียผลประโยชน์ด้านสวัสดิการอาหาร และข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีภายใต้กฎหมายที่บังคับใช้ของรัฐและรัฐมาลากลาง"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ชื่อตัวบรรจงของผู้ใหญ่ในแบบฟอร์ม	ลายเซ็นของผู้ใหญ่	วันที่ปัจจุบัน			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ที่อยู่ทางไปรษณีย์ (ถ้ามี)	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์ (ไม่บังคับ)	อีเมล (ไม่บังคับ)

ส่งแบบฟอร์มที่กรอกเรียบร้อยแล้วกลับไปยังโรงเรียนของบุตรของท่าน

แหล่งที่มาและตัวอย่างของรายได้

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ รายได้ โปรดดูคำแนะนำที่มาพร้อมกับใบสมัครนี้

แหล่งที่มาของรายได้

Table with 3 columns: รายได้จากการทำงาน, ความช่วยเหลือสาธารณะ/ค่าเลี้ยงดู / การสนับสนุนเด็ก, เงินบำนาญ/เกษียณอายุ/ แหล่งรายได้อื่นๆ ทั้งหมด

ตัวอย่างรายได้สำหรับเด็ก

Table with 1 column: ตัวอย่างรายได้สำหรับเด็ก

ไม่บังคับ

อัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์และเชื้อชาติของเด็ก ข้อมูลนี้ถูกเก็บเป็นความลับและอาจได้รับการคุ้มครองโดยบทบัญญัติความเป็นส่วนตัวปี 1974

เราจำเป็นต้องขอข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติและชาติพันธุ์ของบุตรหลานของท่าน ข้อมูลนี้มีความสำคัญและช่วยให้แน่ใจว่าเราให้บริการชุมชนอย่างเต็มที่ การตอบกลับส่วนนี้เป็นทางเลือก และไม่ส่งผลต่อสิทธิในการรับอาหารฟรี หรือส่วนลดสำหรับบุตรหลานของท่าน

ชาติพันธุ์ (เลือกข้อหนึ่งข้อใด):  ชาวสเปนและโปรตุเกส / ลาติน (บุคคลที่มีเชื้อสายคิวบา เม็กซิกัน เปอร์โตริโก อเมริกาใต้ หรืออเมริกากลาง หรือวัฒนธรรม หรือแหล่งกำเนิดอื่นๆ ของสเปน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ)  ไม่ใช่ชาวสเปนและโปรตุเกส / ลาติน

เชื้อชาติ (เลือกได้มากกว่าหนึ่งรายการ):  อเมริกันอินเดียนหรืออลาสก้าพื้นเมือง  เอเชีย  แอฟริกันหรืออเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน  พื้นเมืองฮาวาย หรือเกาะแปซิฟิกอื่นๆ  คอเคเซียน

ส่งแบบฟอร์มที่กรอกเรียบร้อยแล้วนี้กลับไปโรงเรียนของบุตรของท่าน \*อย่าส่ง ไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมลใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้วไปยังสำนักงานผู้ช่วยเลขาธิการด้านสิทธิพลเมืองของกระทรวงเกษตรของสหรัฐอเมริกา

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.

Form for Annual Income Conversion with fields for Total Income, Household size, and Eligibility (Free, Reduced, Denied).

การใช้คำชี้แจงข้อมูล

พระราชบัญญัติอาหารกลางวันที่โรงเรียนแห่งชาตินิวเจอร์ซีย์, รัสเซลล์ กำหนดให้การใช้ข้อมูลจากการสมัครนี้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากที่ได้รับอนุญาตไว้... เราสามารถอนุมัติแบบฟอร์มที่สมบูรณ์เท่านั้น

โปรดระบุหมายเลขประกันสังคมสี่หมายเลขสุดท้ายของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ที่ลงนามในใบสมัครนี้ หากบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ไม่มี ให้เลือกช่องไม่มีหมายเลขประกันสังคม ใบสมัครสำหรับ Foster Child ไม่จำเป็นต้องระบุหมายเลขประกันสังคม

ข้อมูลติดต่อด้านสำงมิไว้เพื่อยื่นเรื่องร้องเรียนการเลือกปฏิบัติเท่านั้น

ตามกฎหมายสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลางและกฎระเบียบและนโยบายด้านสิทธิพลเมืองของกระทรวงเกษตรสหรัฐฯ (USDA) ห้ามไม่ให้สถาบันนี้เลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของเชื้อชาติ สีผิว ถิ่นกำเนิด เพศ (รวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศและรสนิยมทางเพศ) ความทุพพลภาพ อายุ หรือการแก่เกิน หรือการตอบโต้เอาคืนสำหรับกิจกรรมด้านสิทธิพลเมืองก่อนหน้า

ข้อมูลโครงการอาจมีให้บริการในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ผู้ทุพพลภาพที่ต้องการวิธีการอื่นในการสื่อสารเพื่อรับข้อมูลโครงการ (เช่น อักษรเบรลล์ สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ เทปเสียง ภาษามือแบบอเมริกัน) ควรติดต่อ รัฐที่รับผิดชอบหรือหน่วยงานท้องถิ่นที่ดูแลโครงการหรือ TARGET Center ของ USDA ที่ (202) 720- 2600 (โทรเสียงและ TTY) หรือ ติดต่อ USDA ผ่าน Federal Relay Service ที่ (800) 877-8339

ในการยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติของโครงการ ผู้ร้องเรียนควรกรอก แบบฟอร์ม AD-3027 แบบฟอร์มการร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติของโครงการ USDA ซึ่งสามารถรับได้ทางออนไลน์ที่: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf จากสำนักงาน USDA ใดๆ โดยโทร (866) 632-9992 หรือโดยการเขียนจดหมายเจ้าหน้าที่ USDA

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

โทรสาร: (833) 256-1665 หรือ (202) 690-7442 หรือ อีเมล: program.intake@usda.gov

\*อย่าส่งใบสมัครไปยังที่อยู่นี้ ให้ร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติเท่านั้น

ส่งแบบฟอร์มที่กรอกเรียบร้อยแล้วกลับไปโรงเรียนของบุตรของท่าน

สถาบันนี้เป็นผู้ให้โอกาสอย่างเท่าเทียมกัน