

СБОР ДАННЫХ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОГО И ЛЬГОТНОГО ПИТАНИЯ на 2021-22 уч.г.

ФОРМА-ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОГО И ЛЬГОТНОГО ПИТАНИЯ на 2021-2022 уч.г.

ГорОНО г. Паско

Подать Заявление онлайн по ссылке: <https://www.myschoolapps.com>

Заполните, подпишите и сдайте (отправьте) эту заявку по адресу: 3704 N STEARMAN AVE. PASCO, WA 99301

Отметьте здесь, если Вы получали скидку на питание в прошлом году:

Бездомный

Мигрант

1. Перечислите всех проживающих с Вами учащихся, посещающих школу. Если учащийся - приемный ребенок, бездомный или мигрант, укажите это, поставив крестик «х» в соответствующем поле. Включите любой личный доход, получаемый учащимся, и отметьте крестиком «х» в соответствующем поле, указав, как часто он/она его получает.

Фамилия Учащегося	Имя Учащегося	Инициал Отчества	Приемный	Дата Рождения	Школа	Класс	Доход Учащегося	Еженедельно	Раз в 2 недели	2 раза в месяц	Ежемесячно
			<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"/>

2. Если какие-либо члены семьи (включая Вас) в настоящее время получают помощь от одной или нескольких из следующих программ, то, пожалуйста, укажите номер дела. Если нет, то переходите к пункту 3. (Названия программ помощи даны на английском/русском)

Basic Food (Базовое Питание)

TANF

Food Distribution Program on Indian Reservations (FDIPR) (для Индийских Резерваций) Номер Дела: _____

3. Перечислите имена всех остальных членов семьи - введите доход (в целых долларах) и ПРОВЕРЬТЕ, как часто они его получали. Если член семьи не получает доход, введите 0. Если Вы введете 0 или оставите поля доходов пустыми, то тем самым, Вы утверждаете, что доходов для отчета ни у кого в доме нет.

Имена ВСЕХ других членов семьи (не включайте учащихся, перечисленных выше)	Приемный	Зарботок с работы (до всех вычетов)	Еженедельно	Раз в 2 недели	2 раза в месяц	Ежемесячно	Государственная помощь/Алименты на детей/ Алименты на содержание	Еженедельно	Раз в 2 недели	2 раза в месяц	Ежемесячно	Пособие/ Пенсия/ Социальное обеспечение (SSI)	Еженедельно	Раз в 2 недели	2 раза в месяц	Ежемесячно	Любой другой доход, не указанный в списке	Еженедельно	Раз в 2 недели	2 раза в месяц	Ежемесячно
	<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"/>	<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"/>

4. Общее число членов семьи (включая всех лиц, проживающих в Вашем доме): Последние 4 цифры номера Соц.Обеспечения(SSN): Отметьте, если нет Соц.Обесп.(SSN)
(общее количество перечисленных должно равняться количеству членов семьи, перечисленных выше) **Основной Кормилец или Другой Член Семьи**

5. Контактная информация и подпись - заполните, подпишите и сдайте (отправьте) это заявление по адресу: 3704 N Stearman Ave. Pasco, WA 99301.

Я подтверждаю (обещаю), что вся информация в этом заявлении верна и что все доходы указаны в отчете. Я понимаю, что эта информация предоставляется в связи с получением федеральных средств, и что школьные чиновники могут проверить эту информацию. Мне известно, что, если я, намеренно, предоставляю ложную информацию, то мои дети могут потерять право на получение питания, и я могу быть привлечен/а к ответственности в соответствии с применимыми Законами Штата и Федеральными Законами.

Имя Взрослого Члена Семьи – Печатным шрифтом

Подпись Взрослого Члена Семьи

Адрес электронной почты - E-mail

Почтовый адрес

Город, Штат и Индекс

Дневной Номер Телефона

Дата

6. Расовая и этническая принадлежность детей (необязательно). Мы обязаны запрашивать информацию о расе и этнической принадлежности Вашего ребенка (детей). Эта информация важна и помогает убедиться в том, что мы полностью служим всему нашему обществу. Ответ на этот раздел не является обязательным и не влияет на право Вашего ребенка (детей) на бесплатное питание или питание по сниженной цене.

Отметьте одну или несколько расовых принадлежностей: Американский Индеец или Уроженец Аляски Азиат Черная раса или Афроамериканец Уроженец Гавай или Других Тихоокеанских Островов Белый Испанец или Латинец Не Испанец и не Латинец

Отметьте одну расовую принадлежность:

Согласно **Закону Ричарда Б. Рассела о Государственном Школьном Питании**, в этом заявлении должна быть указана информация. Вы не обязаны предоставлять информацию, но если Вы этого не сделаете, то мы не сможем предоставить Вашему ребенку бесплатное питание или питание по сниженной цене. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального обеспечения взрослого члена семьи, подписывающего заявление. Последние четыре цифры номера социального обеспечения не требуются, если Вы подаете заявление от имени приемного ребенка или указываете Программу Дополнительного Питания (Базовое Питание), Программу Временной Помощи Нуждающимся Семьям (TANF), номер дела по Программе Распределения Продуктов Питания в Индийских Резервациях (FDPIR) или же другой идентификатор FDPIR для Вашего ребенка, или же, когда Вы указываете, что у взрослого члена семьи, подписывающего заявление, нет номера карточки социального обеспечения. Мы будем использовать Вашу информацию для того, чтобы определить, имеет ли Ваш ребенок право на бесплатное питание или питание по сниженной цене, а также для администрирования и обеспечения соблюдения программ обедов и завтраков. Мы МОЖЕМ передавать информацию о Вашем праве на участие в программы образования, здравоохранения и питания с тем, чтобы помочь им оценивать, финансировать или определять льготы для своих программ, аудиторам для проверки программ и сотрудникам правоохранительных органов для того, чтобы помочь им расследовать нарушения правил программы.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства Сельского Хозяйства США (USDA), Министерству, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возраста, или же расправа или возмездие за предыдущую правозащитную деятельность в рамках любой программы или деятельности, проводимой или финансируемой Министерством (USDA).

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), должны связаться с агентством (государственным или местным), в которое они подали заявление на получение пособия. Глухие, слабослышащие или люди с нарушениями речи могут связаться с Министерством (USDA) через Федеральную Службу Ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Для подачи жалобы на дискриминацию в рамках программы, заполните Форму Жалобы о Дискриминации в Рамках Программы USDA по ссылке: [USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaints), (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaints>, и в любом офисе Министерства (USDA), или написать письмо в Министерство (USDA) и предоставить в письме всю информацию, запрошенную в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство (USDA) по почте: : U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; факс: (202) 690-7442; или же по электронной почте: program.intake@usda.gov.

Данное учреждение предоставляет равные возможности.

Утверждение ГорОНО г. Паско о недопущении дискриминации:

ГорОНО № 1 г. Паско не допускает дискриминации в каких-либо программах или мероприятиях по признаку пола, расы, вероисповедания, цвета кожи, национального происхождения, возраста, военного статуса или статуса почетно освобожденного ветерана, сексуальной ориентации, гендерного выражения или идентичности, инвалидности или использования обученной собаки-поводыря или же служебного животного. ГорОНО г. Паско обеспечивает равный доступ для Бойскаутов, Девочек-Скаутов и членов других молодежных групп. Вопросы и жалобы о предполагаемой дискриминации следует направлять следующим назначенным сотрудникам: *Сотрудник Раздела IX и по Соблюдению Гражданских Прав - Сара Тсорнтон; 1215 W. Lewis St., Pasco, WA 99301, 509-543-6700, sthornton@psd1.org; Координатор Секции 504 - Кристи Докен, 1215 W. Lewis St., Pasco, WA 99301, 509-543-6700, kdocken@psd1.org.*

ТОЛЬКО ДЛЯ ШКОЛЫ – ПРОСЬБА ПОД ЭТОЙ СТРОКОЙ НЕ ПИСАТЬ

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Income Household

APPLICATION APPROVED FOR: Free Meals Reduced-Price Meals

APPLICATION DENIED BECAUSE: Income Over Allowed Amount Incomplete/Missing Information Other: _____

Total Household Size _____ Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual

Total Household Income \$ _____

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date