

2025–26 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Solicitud de Elegibilidad para Nutrición Infantil y Beneficios Educativos de 2025-26) - Nombre de la Escuela/Distrito

Presentar solicitud en línea:

Esta solicitud puede calificarle para: beneficios de alimentos, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayudar a asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) en una escuela de la Community Eligibility Provision (Disposición de Elegibilidad Comunitaria, CEP) o de la Disposición 2, completar esta solicitud no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo alguno.

Complete, firme y envíe esta solicitud a:

Marque aquí si el año pasado recibió beneficios para alimentos:

1. Enumere **todos los estudiantes** que viven con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante está en acogida, sin hogar o recibe servicios de educación para inmigrantes, indíquelo poniendo una "x" en la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque la casilla correcta para indicar con qué frecuencia se recibe. Sin hogar Migrante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	MI	Crianza Temporal	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante				
								Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<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. Si alguno de los miembros del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. En caso contrario, vaya al punto 3.

- Basic Food (Alimentos básicos) TANF Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDIPR)
- Número de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los demás miembros del hogar, indique los ingresos (en dólares enteros) y VERIFIQUE con qué frecuencia los recibe. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de ingresos, está prometiendo que no hay ingresos que declarar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados anteriormente)	Crianza Temporal	Ingresos del trabajo (antes de cualquier deducción)	Ingresos				Asistencia pública/ Manutención de menores/ Pensión alimenticia	Ingresos				Pensiones/ Jubilación/ Seguridad Social (SSI)	Ingresos				Cualquier otro ingreso que no figura en la lista	Ingresos			
			Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual		Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual		Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual		Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<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. Total de miembros del hogar (incluya a todas las personas que viven en su hogar): Cuatro últimos dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) de Marque si no tiene SSN:
 (el total debe ser igual al número de miembros del hogar indicados anteriormente) **Asalariado principal u otro miembro del hogar (Opcional si sólo solicita EBT de verano)**

5. Información de contacto y firma - Complete, firme y envíe esta solicitud a:
 Yo certifico (prometo) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, que todos los ingresos se declaran y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de otro Estado u Organización Tribal Indígena (si aplica). Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra de molde del Miembro adulto del hogar

Firma del Miembro adulto del hogar

Dirección de correo electrónico

Domicilio postal

Ciudad, Estado y Código postal

Número de teléfono durante el día Fecha

6. Identidad Racial y Étnica de los Niños (Opcional) - Estamos obligados a solicitar información acerca de la raza y el origen étnico de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Marque una o más identidades raciales:

- Indígena americana o nativo de Alaska Asiática
 Negra o afroamericana Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
 Caucásica

Marque una identidad étnica:

- Hispana o latina
 Ni hispana ni latina

Elegibilidad para Nutrición Infantil: la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social no son necesarios cuando se presenta la solicitud en nombre de un niño de acogida o cuando se indica un número de caso del Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) (Basic Food (Alimentos básicos)), del Temporary Assistance for Needy Families Program (Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o del Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDIPIR) u otro identificador del FDIPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no posee un número de seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y aplicación de los programas de comidas y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar las violaciones a las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran de medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Transmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el Reclamante debe llenar un formulario AD-3027, Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa) del USDA, que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, también puede hacerlo desde cualquier oficina del USDA llamando al (866) 632-9992, o enviando una carta dirigida al USDA. En la carta, debe proporcionar el nombre, el domicilio y el número de teléfono del reclamante, junto con una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con detalles suficientes para informarle al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de los derechos civiles, ASCR) la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 completo o la carta a los siguientes domicilios:

1. **correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del distrito escolar

SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (SÓLO PARA USO ESCOLAR - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA)

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:	<input type="checkbox"/> Basic Food/TANF/FDIPIR/Foster	Total Household Size	_____	Weekly	Bi-Weekly	2x per Month	Monthly	Annual
	<input type="checkbox"/> Income Household	Total Household Income	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPLICATION APPROVED FOR:	<input type="checkbox"/> Free Eligible	APPLICATION DENIED BECAUSE:	<input type="checkbox"/> Income Over Allowed Amount	<input type="checkbox"/> Other: _____				
	<input type="checkbox"/> Reduced-Price Eligible		<input type="checkbox"/> Incomplete/Missing Information					

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date

Child Nutrition Eligibility & Education Benefits Application 2025–26 (طلب تقديم للتأهل لبرامج تغذية الطفل ومزايا التعليم) – اسم المدرسة/المقاطعة

تقدم على الإنترنت: أدخل عنوان موقع معلومات المدرسة/المقاطعة هنا

هذا الطلب قد يؤهلك ل: مزايا الوجبات و/أو مزايا EBT الصيفي (إذا كنت ملتحقًا بإحدى مدارس (NSLP/SBP) أو تخفيض المصاريف للبرامج الأخرى والأنشطة أو يساعد في تأمين التمويل لمقاطعة مدرستك. إذا كان طفلك (أطفالك) ملتحق (ملتحقين) بإحدى مدارس Community Eligibility Provision (تمويل المجتمعات بناءً على الأهلية، CEP) أو Provision 2 (التمويل 2)، لن يؤثر استكمال هذا الطلب على أهليتك لتلقي الوجبات من دون تكلفة.

أكمل هذا الطلب ووقعه وأعدّه إلى: أدخل العنوان الكامل لمعالجة الطلب هنا

ضع علامة هنا إذا تلقيت مزايا الوجبات العام الماضي:

1. أدرج أسماء جميع الطلاب المقيمين معك ويحضرون المدرسة. إذا كان الطالب في نظام الرعاية البديلة أو يواجه أزمة التشرد أو يتلقى خدمات تعليم للمهاجرين، وضح ذلك بوضع علامة "X" في الصندوق المناسب. قم بتضمين أي دخل شخصي يتلقاه الطالب وضع علامة "X" في الصندوق الصحيح لعدد مرات تلقيه للدخل. بلا ماوى مهاجر

الاسم الأخير للطالب	الاسم الأول للطالب	أول حرف أو وسط	رقم هوية	تاريخ الميلاد	المدرسة	الصف	دخل الطالب الشهري	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<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. إذا كان أي فرد من أفراد أسرتك (بما فيهم أنت) يشارك حالياً في واحد أو أكثر من برامج المساعدة التالية، برجاء كتابة رقم الحالة. إن لم يكن، برجاء الانتقال إلى الخطوة 3.

Basic Food (الطعام الأساسي) TANF Food Distribution Program on Indian Reservations (برنامج توزيع الطعام في المحميات الهندية، FDIPR) رقم الحالة:

3. أدرج أسماء جميع أفراد الأسرة الآخرين، وضع الدخل (برقم صحيح بالدولار) وضع علامة أمام عدد مرات تلقي الدخل. إذا كان فرد الأسرة لا يتلقى دخلاً، اكتب 0. إذا أدخلت الرقم 0 أو تركت خانات الدخل فارغة، فانت تعد بأنه لا يوجد دخل للإقرار به.

أسماء "جميع" أفراد الأسرة الآخرين (لا تذكر أسماء الطلاب المدرجين بالأعلى)	رقم هوية	الدخل من العمل (قبل أي خصومات)	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً	المساعدة الحكومية/ نفقة الطفل/ نفقة الطلاق	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً	مدخرات التقاعد/ المعاشات/ الضمان الاجتماعي (SSI)	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً	أي دخل آخر غير مدرج قبل ذلك	أسبوعياً	كل أسبوعين	كل شهرين	شهرياً
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<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. إجمالي عدد أفراد الأسرة (بما فيهم جميع الأشخاص المقيمين في منزلك): آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لـ ضع علامة إن لم يكن هناك SSN:

(لا بد أن يتساوى الإجمالي المذكور مع عدد أفراد الأسرة المدرجين أعلاه)

المكتسب الأساسي للأجر أو فرد آخر من أفراد الأسرة (اختياري إذا كنت تتقدم لطلب EBT الصيفي فقط)

5. معلومات التواصل والتوقيع – أتم هذا الطلب ووقعه وقم بإعادته إلى

أتعهد (أعد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة، وأن جميع مصادر الدخل تم الإقرار بها، وأن أسرتي لا تتلقى مزايا EBT الصيفية من خلال ولاية أخرى أو منظمة قبيلية هندية (إذا كان ذلك ينطبق علي). أفهم أن تلك المعلومات مقدمة فيما يتعلق باستلام الأموال الفيدرالية أو مزايا الولاية، وأنه يجوز لمسؤولي المدرسة التحقق من (مراجعة) المعلومات. كما أدرك أنه في حال تقديمي معلومات خاطئة عمداً، قد يفقد أطفالي هذه المزايا، وقد أخضع للمقاضاة بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها.

اسم فرد الأسرة البالغين مطبوعاً بحروف واضحة

توقيع فرد الأسرة البالغ

البريد الإلكتروني

عنوان المراسلة

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

الهاتف المتاح نهائياً

التاريخ

6. الهويات العرقية والأصول القومية للأطفال (اختياري) – مطلوب من أن نسل عن معلومات بشأن عرق طفلك (أطفالك) وأصوله (أصولهم) القومية. تُعد تلك المعلومات مهمة، حيث أنها تساعد على التأكد من خدمتنا لمجتمعنا بشكل كامل. إلا أن الإجابة على هذا القسم اختيارية، ولا تؤثر على أهلية طفلك (أطفالك) للحصول على الوجبات المجانية أو مخفضة الثمن.

حدد واحد أو اثنين من الهويات العرقية:

أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين أسبوي حدد واحدًا من الأصول القومية:

أسود أو أمريكي من أصل أفريقي من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ الأخرى إسباني أو لاتيني

أبيض ليس من أصل إسباني أو لاتيني

الأهلية لتغذية الطفل: يتطلب Richard B. Russell National School Lunch Act (قانون Richard B. Russell الوطني للغذاء المدرسي) معلومات حول هذا الطلب لست مضطرًا لتقديم المعلومات، ولكن إذا لم تقدمها، لا يمكننا الموافقة على حصول طفلك على وجبات مجانية أو بسعر مخفض. يتعين إدراج الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي لأحد أفراد الأسرة البالغين الذي يقع على الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عند التقدم بالإجابة عن طفل محتضن، أو عند إدراج رقم حالة Supplemental Nutrition Assistance Program (برنامج المساعدة الغذائية التكميلية) (Basic Food) (الطعام الأساسي) أو برنامج Temporary Assistance for Needy Families (المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة) (TANF) أو Food Distribution Program on Indian Reservation (برنامج توزيع الطعام في المحميات الهندية، FDPIR) أو أرقام FDPIR تعريفية أخرى لطفلك، أو عند الإشارة إلى أن أحد أفراد الأسرة البالغين الموقَّع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سنستخدم معلوماتك لتحديد ما إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أم مخفضة، وكذلك في إدارة برامج الغذاء والإفطار وتنفيذها. يجوز لنا مشاركة معلومات استحقاقك مع برامج التعليم والصحة والتغذية من أجل مساعدتهم في تقييم أو تمويل أو تحديد الإعانات الخاصة ببرامجهم أو مع المراجعين لمراجعة البرنامج ومسؤولي إنفاذ القانون لمساعدتهم على النظر في انتهاكات قواعد البرامج.

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بـ U.S. Department of Agriculture (وزارة الزراعة الأمريكية، USDA)، فإن هذه المؤسسة ممنوعة من التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو السن أو الانتقام أو الثأر من نشاط سابق خاص بالحقوق المدنية.

قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. على ذوي الإعاقة الذي يحتاجون وسائل بديلة للتواصل من أجل الحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال: لغة برايل أو خطوط الطباعة الكبيرة أو التسجيل الصوتي أو American Sign Language (لغة الإشارة الأمريكية)) التواصل مع الولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية التي تدير البرنامج أو مركز USDA TARGET (مركز التكنولوجيا والموارد القابلة للوصول تعطي التوظيف اليوم التابع لوزارة الزراعة الأمريكية) على رقم (202) 2600-720 (صوتيًا و TTY) أو التواصل مع USDA من خلال Federal Relay Service (الخدمة الفيدرالية لتحويل الاتصالات) على رقم (800) 877-8339.

لتقديم شكوى عن التمييز في البرنامج، على المشتكى تعبئة نموذج AD-3027، وهو نموذج شكوى التمييز في برنامج USDA الذي يمكن الحصول عليه على الإنترنت عبر: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> أو من أي مكتب تابع لـ USDA (وزارة الزراعة الأمريكية) أو عبر الاتصال برقم (866) 632-9992 أو عن طريق كتابة رسالة إلى USDA. يجب أن يحتوي الخطاب على اسم مقدم الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصف خطي للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإخطار Assistant Secretary for Civil Rights (مساعد الأمين العام للحقوق المدنية، ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب تقديم نموذج AD-3027 أو الخطاب المكتمل إلى USDA عبر:

1. البريد:

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

2. الفاكس:

(833) 256-1665 أو (202) 690-7442

3. البريد الإلكتروني:

Program.Intake@usda.gov

تقدم هذه المؤسسة فرصًا متكافئة من دون تمييز.

أدخل اسم المقاطعة تصريح سياسة عدم التمييز في مقاطعة المدرسة

SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (لاستخدام المدرسة فقط - لا تكتب أسفل هذا الخط)

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

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

Total Household Income \$ _____

APPLICATION APPROVED FOR: Free Eligible Reduced-Price Eligible

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

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date

2025-26 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Aplikijen eo ñan lale ñe Ajiri eo Nejum Emaroñ Toprak ñan Jibañ ikijen Moña & Jelalakjen) – Jikuul/Etan Bukwon

Kateruru aunjain: LIKÛT URL EO AN JIKUUL/BUKON IJIN

Aplikijen eo emaroñ kōmman bwe kwon toprak ñan jibañ ko ikijen mōña, Jomar EBT jibañ ko (ñe emōj an deloñ ilo juon NSLP/SBP jikuul), onean ko rediklak ñan būrookraam ko jot im makutkut, im/ak jibañ ikijen jāan ñan bukwon in jikuul eo am. Ñe ajiri(ro) nejum rej deloñ ilo Community Eligibility Provision (Bōk Eddo jen Jukjukin Pād, CEP) ak Lelok 2 jikuul, kadedelak aplikejen in eban jelot am maroñ in toprak ñan bōk moña ko ilo ejelok onean.

Kadedelok, jain, im karool tōk ablikajon in ñan: LIKÛT AOLEBEN ATOREJ IN KŌMADMŌD EO AN ABLIKAJON EO IJIN

Kakōlle ijin elañe kwar ebōk jibañ in mōñā ilo yiō eo lok:

1. Kōlaajrak etan **aoleb rijikuul ro** rej jokwe ibbam im rej jikuul. Elañe juon rijikuul ej ajiri in foster, ejellok imōn an jokwe, ak rilikin, kalikar mennin ilo am likūt juon “x” ilo bok eo ekkar. Kobaiki jabdewōt kolla an juon make armij in rijikuul eo ear loe im kōmmāne juon “x” ilo bok eo ejimwe ñan ewi joñan ikūt in an bōke. **Ejelok Jikin Jokwe** **Juon Armej eo Ej Emakūt jen juon Jikin**

Ñan Bar Juon

Etan Laaj Name eo an Rijikuul	Etan Bōj Name eo an Rijikuul	Injijol in Etan Midol Name	Juon Ajiri eo Ejelok an Baamle	Raan in Lotak	Jikuul	Kilaaaj	Kolla an Rijikuul	Kajojo Wiik	Aoleb Lokin Ruo Wiik	2 X Juon Allon	Kajojo Allon
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<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. **Elañe jabdewōt Armij ro Uwaan Mweo (ekoba kwe make) rej bōk kwōnaer ilo ien in ilo juon ak lablok burokraam in jibañ ko, jouj im je juon nōmba in keij. Elañe jab, etal ñan Buñten 3.**

Basic Food (Mōñā Basic) TANF Food Distribution Program on Indian Reservations (Burokraam in Ajej Mōñā in Bwidej ko an Indian, FDIPR) Keij Nōmba: _

3. **Kōlaajrak etan aoleb armij ro jet uwaan mweo – Likūt kolla (kin likiō in tala) im KAKŌLLE joñan ikūt in aer bōke. Elañe juon armij uwaan mweo ejab ebōk kolla, je 0. Ñe kwōnaj likūt 0 ak jab kanne jikin kolla ko, kwōj kallimur ke ejellok kolla kwōj kōjela kake.**

Etan AOLEB armij ro jet uwaan mweo (jab kakoba rijikuul ro emōj kōlaajrak ettaer iloñ)	Juon Ajiri eo Ejelok an Baamle	Joñan toprak jen jermal (mōkta jen an duojlak jabdewōt jāan)	Kajojo Wiik	Aoleb Lokin Ruo Wiik	2 X Juon Allon	Kajojo Allon	Jibañ in Kien/Wonnen Kejbarok Ajiri/Wonnen Kejbarok ñan Armij eo Kar Belen	Kajojo Wiik	Aoleb Lokin Ruo Wiik	2 X Juon Allon	Kajojo Allon	Jibañ in Pension ko/ Retirement/ Social Security (SSI)	Kajojo Wiik	Aoleb Lokin Ruo Wiik	2 X Juon Allon	Kajojo Allon	Jabdewōt Bar Kolla Ejañin de Laajrak	Kajojo Wiik	Aoleb Lokin Ruo Wiik	2 X Juon Allon	Kajojo Allon
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<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. **Joñan Uwaan Armej ro ilo Mon Jokwe eo (koba aolep ro rej jokwe ilo mon jokwe eo am):** **Nōmba in Social Security ko Emān Elikata (SSN) jen** **Kakōlle ñe ejelok SSN:**
 (joñan oran laajrak eo ej aikuj joñan wōt ro uwaan mweo emōj likit ilo laajrak eo loñ) **Primary Wage Earner or Other Household Member (Optional if only applying for Summer EBT)**

5. **Melele im Jain in Etan Armij in Kebaak eo – Kadedelok, jaini, im karool ablikajon in ñan:**

Ij kamol (kalimur) ke aolep melele ko ilo aplikijen in remol, ke aolep jaan ko rej riboot, im bwe ro ilo mweo imō rejjab bōk Jomar EBT jibañ ilo juon State oktak ak Doulol in Bwij eo an Armej in India (ñe ekkar). Ij melele ke melele in ej itok ippen an koneek ippen an bōk jibañ ko an kien ak state im ke rijerbal in state remaroñ in lale (jaak) melele ko. Emōj aō jelā ke ñe inaj jelā ilo aō lelok melele eo ebōd, ajiri ro neju remaron luuji jibañ in mōñā ko aer, im imaron naj ioon kaje ke iomwin kakien ko an State im Kien rekkar.

Jeje in Etan Rütto eo ej Uwaan Mweo

Jain in etan rütto eo uwaan mweo

ATOREJ IN EMAIL

Atorej in Mael

_Kiaptōl, State & Zip Code

Talebon ilo Raan

Raan

6. Armij ro Ajiri ro rej Kobalok Ibbeir im Lal ko Rej Kalikar Rej Itök Jeñe (Aer Make Bebe in Kwalok) – Kim ej aikuj kajitök melele kin kumi in armij ro ajiri eo/ro nejum rej kobalok ibbeir im lale ko aer. Aurök melele in im ej jibañ loloorjak ke kim ej lukkun jibañ jukjukinbed eo amim. Am uwaake jikin in ej am make bebe im ejab jelöt an ajiri eo/ro nejum maron töbrak ñan möñä ko ejellok wonnen ak emöj kadiklok wonnen.

Kakölle juon ak lablok kumi in armij ro rej kobalok ibbeir:

- American Indian ak Molin RiAlaska Asian
 RiKilmej, ak African American Molin RiHawaii ak Bar Juon Pacific Islander
 RiBelle Mouj

Kakölle juon kumi in armij ej kobalok ibbeir:

- Hispanic ak Latino
 Ejab Hispanic ak Latino

Maroñ an Toprak ñan Jibañ an Ajiri ikijen Möñä eo an Richard B. Russell kin Möñä in Raleb an Jikuul an Aelon eo ej aikuji melele eo ilo ablikajon in. Kwöjab aikuj lelok melele in, bötab, ñe kwöjab, kim bañ kötöbrak ajiri eo nejum ñan möñä ko ejellok ak edik wonnen. Kwöj aikuj kobaiki nömbe ko emen aliktata in nömbe in social security eo an rütto eo uwaan mweo im ej jaiñi ablikajon eo. Nömbe ko emen aliktata in nömbe in social security ejab mennin aikuj ilo ien am kateruru ikijen juon ajiri in foster ak ñe kwönaj laajrak nömbe in keij an Supplemental Nutrition Assistance Program (Burokraam in Jibañ kin Oñ eo Elablok) (Basic Food (Möñä Basic)), Temporary Assistance for Needy Families (Burokraam eo an Jidik len ñan Baamle ko rej Aikuj, TANF) ak Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (Burokraam in Ajeñ Möñä ilo Bwidej ko an Indian, FDIPIR) ak bar juon kein kalikar FDIPIR ñan ajiri eo nejum ak ilo ien kwönaj kalikar ke rütto eo uwaan mweo im ej jaini ablikajon eo ejellok an nömbe in social security. Kimä naj köjberbal melele ko am ñan lale elañe ajiri eo nejum emaron töbrak ñan möñä ko ejellok wonneir ak emöj kadiklok wonneir, im ñan lale im kabin burokraam in möñä in raelab im jibbon ko. Kim MARON kwalok melele ko kin am maron töbrak ibben burokraam in jelälökjen, ejmour, im oñ ñan jibañ aer etale, kolla, ak lale jibañ ko an burokraam ko aer, rijerbal ro rej etale burokraam ko, im rijerbal ro rej kabin kakien ñan jibañ aer kabök rubrubin kakien ko an burokraam eo.

Ekkar ñan kakien eo im U.S. Department of Agriculture (U.S. Rā eo an Ekkat, USDA) kakien ikijen jimwe, jikin jerbal in emo an kömman kaljeklak jen wöt ia eo juon armej ej itok jen e, kolar, ia eo baamle eo an ej itok jen e, ñe emaan ak kora (koba an kwalok e mäke im kain armej eo ej päd ippen), nañinmej, yiiö, ak makutkut ikijen jimwe.

Melele kin burokraam eo emaron wör ilo kajin ko jet roktak jen kajin Belle. Armej ro ewör aer nañinmej in ben makutkut im aikuj juon waween kenono im roñjake ñan bök melele in bürookraam (ilo waanjoñak, buriin kilepo, teep in ainikien, Köjberbale Pä im Kakölle ko ñan Maroñ Könaan), rej aikuj topar state ak agency ko rej kömmane bürookraam eo ak USDA TARGET Center ilo (202) 720-2600 (ainikien im TTY) ak topar USDA ilo Federal Relay Service ilo (800) 877-8339.

Ñan bael juon abinono ikijen kaljeklak, juon Eo Ej Kwalok Abinono eo ej aikuj kadedelak juon Pepa AD-3027, USDA Pepa in Kwalok Abinono ilo Bürookraam eo komaroñ loe aunjain ilo: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, jen jabdewöt USDA opij, ilo am kurlok (866) 632-9992, ak jeje juon letta emöj atorej e ñan USDA. Leta eo aikuj koba etan armij eo ej lelok abnönö, atorej, nombra in talebon, im kömelele ilo jeje kin makütüt in kalijeklok eo rej nae ruen kin tibdikin melele eo ebwe joñan ñan köjellaik Assistant Secretary for Civil Rights (Assistant Secretary an Opij eo ej lale Maron ko an Armij, ASCR) kin wäween im raan eo emöj kwalok ekkar ruprup kakien kin maron ko an armij. AD-3027 pepa eo ededelak ak letta ej aikuj etal ñan USDA mökta jen:

1. **jilkinlak ñan:**
 U.S. Department of Agriculture
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410; ak
2. **fax:**
 (833) 256-1665 ak (202) 690-7442; ak
3. **email:**
Program.Intake@usda.gov

Jikin in ej juon jikin lelok jibañ ejellok kalijeklok.

LIKÛT ETAN BUKON Köjellä eo an Bukon in Jikuul kin Ejellok Kalijeklok

SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (ÑAN AN JIKUUL EO KÖJERBAL WÖT – JAB JEJE ILALIN LAIN IN)

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:	<input type="checkbox"/> Basic Food/TANF/FDIPIR/Foster	Total Household Size	_____	Weekly	Bi-Weekly	2x per Month	Monthly	Annual
	<input type="checkbox"/> Income Household	Total Household Income	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPLICATION APPROVED FOR:	<input type="checkbox"/> Free Eligible	APPLICATION DENIED BECAUSE:	<input type="checkbox"/> Income Over Allowed Amount	<input type="checkbox"/> Other: _____				
	<input type="checkbox"/> Reduced-Price Eligible		<input type="checkbox"/> Incomplete/Missing Information					

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date

Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Заявка на получение права на пособие по детскому питанию и образованию) в 2025–26 гг. – Наименование школы/округа

Подать заявку онлайн: ВПИШИТЕ ЗДЕСЬ URL-АДРЕС ШКОЛЫ / ОКРУГА

Это заявка может дать вам право на: льготы на питание, летние льготы по EBT (если вы зачислены в школу NSLP/SBP), снижение платы за другие программы и мероприятия и (или) помощь в обеспечении финансирования вашего школьного округа. Если ваш ребенок (дети) зачислен (ы) в школу программы Community Eligibility Provision («Предоставление прав в рамках сообщества», CEP) или «Предоставление 2», заполнение этой заявки не повлияет на ваше право на бесплатное питание.

Заполните, подпишите и отправьте это заявление по следующему адресу: ВСТАВЬТЕ ЗДЕСЬ ПОЛНЫЙ АДРЕС ОБРАБОТКИ ЗАЯВКИ

Проверьте здесь, получали ли вы пособие на питание в прошлом году:

1. Перечислите всех проживающих с вами учащихся, которые посещают школу. Если учащийся находится в приемной семье, является бездомным или получает услуги образования для мигрантов, укажите это, поставив «х» в соответствующем поле. Укажите все личные доходы, получаемые учащимся, и поставьте "х" в соответствующей графе, с указанием того, как часто он их получает. **Бездомный** **Мигрант**

Фамилия учащегося	Имя учащегося	Инициал отчества	Приемная семья	Дата рождения	Школа	Класс	Доход учащегося	Еженедельно	Раз в две 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 кто-либо из членов семьи (включая вас) в настоящее время участвует в одной или нескольких программах социальной помощи, укажите номер дела. Если нет, перейдите к этапу 3.

Basic Food (Программа основных продуктов питания) TANF (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям) Food Distribution Program on Indian Reservations (FDIPR) (Программа распределения продуктов в индейских резервациях) Номер дела: _____

3. Перечислите имена всех остальных членов семьи – введите доход (в долларах без центов) и ОТМЕТЬТЕ, как часто его получали. Если член семьи не имеет дохода, укажите "0". Если вы указываете «0» или оставляете какие-либо поля пустыми, то вы подтверждаете, что доход отсутствует.

Имена ВСЕХ других членов семьи (не указывайте учащихся, перечисленных выше)	Приемная семья	Заработная плата (до вычетов)	Доход				Государственная помощь / пособие на ребенка / алименты	Доход				Пенсии / пенсионные выплаты / социальное обеспечение (SSI)	Доход				Любой другой доход, не указанный выше	Доход			
			Еженедельно	Раз в две недели	2 раза в месяц	Ежемесячно		Еженедельно	Раз в две недели	2 раза в месяц	Ежемесячно		Еженедельно	Раз в две 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 количество членов семьи (включая всех людей, проживающих в вашей семье): Последние четыре цифры номера социального страхования (SSN) Отметьте , если SSN отсутствует: (общее количество членов семьи должно равняться числу членов семьи, перечисленных выше) **Основной кормилец или другой член семьи** (необязательно, если вы подаете заявление только на летние EBT)

5. Контактная информация и подпись – Заполните, подпишите и отправьте это заявление по адресу:

Я подтверждаю (заявляю), что вся информация в этой заявке верна, что все доходы указаны и что моя семья не получает летние льготы EBT в другом штате или от другой организации индейских племен (если применимо). Я понимаю, что эта информация предоставляется в связи с получением федеральных или государственных пособий и что представители школы могут проверить (верифицировать) эту информацию. Я осознаю, что если я намеренно предоставляю ложные сведения, мои дети могут лишиться этих льгот, а я могу подвергнуться судебному преследованию в соответствии с применимыми законами штата и федеральными законами.

ФИО взрослого члена семьи печатными буквами

Подпись взрослого члена семьи

Адрес электронной почты

Почтовый адрес

Город, штат, почтовый индекс

Домашний телефон

Дата

6. Расовая и этническая принадлежность детей (По желанию) – Мы обязаны запросить информацию о расе и этнической принадлежности ваших детей. Эта информация важна и помогает убедиться, что мы в полной мере служим нашему местному обществу. Заполнение этого раздела не является обязательным и не влияет на право ваших детей на бесплатное или льготное питание.

Отметьте одну или несколько расовых принадлежностей:

Американский индеец (индианка) или коренной житель Аляски

Азиат

Чернокожий(-ая) или афроамериканец(-ка)

Коренной житель Гавайских или тихоокеанских островов

Белый

Отметьте одну этническую принадлежность:

Представитель испаноязычного населения или латиноамериканец

Не представитель испаноязычного населения или нелатиноамериканец

Право на детское питание: Национальный закон Richard B. Russell «О школьных обедах» требует предоставления определенной информации при подаче заявления. Вы не обязаны сообщать ее, но в этом случае мы не сможем предоставить ребенку бесплатное или льготное питание. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, который подпишет заявление. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаете заявление от имени приемного ребенка, если указываете номер дела программы Supplemental Nutrition Assistance Program (Basic Food (Основные продукты питания)) (Программа льготной покупки продуктов), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям) или Food Distribution Program on Indian Reservations (Программа распределения продуктов в индейских резервациях, FDIPIR) или другой идентификатор FDIPIR для своего ребенка, или если указываете, что взрослый член семьи, который подписывает заявление, не имеет номера социального страхования. Мы используем предоставляемую информацию для определения прав ребенка на льготное питание, а также для функционирования программы завтраков и обедов. Мы МОЖЕМ передать вашу информацию о соответствии требованиям в программы образования, здравоохранения и питания для того, чтобы помочь им оценить, финансировать или определить пособия для своих программ, аудиторов для рассмотрения программ, а также сотрудников правоохранительных органов, чтобы помочь им расследовать нарушения правил программ.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами, а также политикой U.S. Department of Agriculture (Министерства сельского хозяйства США, USDA) в области гражданских прав этому учреждению запрещена дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), инвалидности, возраста, а также какие-либо санкции за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может предоставляться на других языках, кроме английского. Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, American Sign Language (американский язык жестов)), следует обратиться в ответственный государственный или местный орган, который управляет программой, или в Центр TARGET USDA по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и телетайп) или связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, истец должен заполнить форму AD-3027, форму Жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA, которую можно получить онлайн по адресу <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> в любом офисе USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992 или написав письмо, адресованное USDA. Письмо должно содержать имя, адрес, номер телефона заявителя и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной степенью подробности, чтобы проинформировать Assistant Secretary for Civil Rights (Секретаря-ассистента по гражданским правам, ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную Форму AD-3027 или письмо нужно отправить в USDA:

1. **почтой:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D. C. 20250-9410; или
2. **по факсу:**
(833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. **по электронной почте:**
Program.Intake@usda.gov

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.

ВПИШИТЕ НАЗВАНИЕ ОКРУГА Заявление школьного округа о недопущении дискриминации

для использования только школой – НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ

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:	<input type="checkbox"/> Basic Food/TANF/FDIPIR/Foster	Total Household Size	_____	Weekly		Bi-Weekly		2x per Month		Monthly		Annual
	<input type="checkbox"/> Income Household	Total Household Income	\$ _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
APPLICATION APPROVED FOR:	<input type="checkbox"/> Free Eligible	APPLICATION DENIED BECAUSE:	<input type="checkbox"/> Income Over Allowed Amount	<input type="checkbox"/> Other: _____								
	<input type="checkbox"/> Reduced-Price Eligible		<input type="checkbox"/> Incomplete/Missing Information									

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date