

2021-22 ABLIKAJON EO AN AOLEB RO ILO MWEO ÑAN MŌÑĀ KO EJELLOK WONNEIR IM EDIKLOK WONNEIR

MEAD SCHOOL DISTRICT

Kateruru online: www.lunchapp.om

Kadedelok, jain, im karool tōk ablikajon in ñan: 12508 N Freya St, Mead, WA 99021

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

Rilikin

Ejellok Imōn an Jokwe

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 im rijikuul eo ear loe im kōmmane juon “x” ilo bok eo ejimwe ñan ewi joñan ikūt in an bōke.

Etan Last Name eo an Rijikuul	Etan First Name eo an Rijikuul	Inijol in Etan Middle Name	Foster	Raan in Lotak	Jikuul	Jete Kilaaj	Kolla an Rijikuul	Kajojo Wiik	Aoleb Ruo Wiik	2 X ilo Juon Allon	Aoleb 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 Burokraam in Ajej Mōñā in Bwideo ko an Indian (Food Distribution Program on Indian Reservations, 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 kōjella kake.

Etan AOLEB armij ro jet uwaan mweo (jab kakoba rijikuul ro emōj kōlaajrak ettaer iloñ)	Foster	Kolla jen jermal (mokta jen jabdewōt kankan)	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 Kajojo Allon	Kajojo Allon	Jibañ in Pension ko/ Retirement/ Social Security (SSI)	Kajojo Wiik	Aoleb Lokin Ruo Wiik	2 X Juon Allon	Aoleb 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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Joñan Armij ro Uwaan Mweo (ekoba aoleb armij ro rej jokwe ilo mweo imōm): Nōmba ko Emen Alikata in Nōmba in Social Security (SSN) of Lale elañe ejellok SSN:

(joñan eo emōj kōlaajrak ej aikuj joñan wōt armij ro uwaan mweo emōj kōlaajrak iloñ) **Armij eo kein kajuon ej ebōk Kolla in Jermal ak Bar juon Armij Uwaan Mweo**

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

Ij kamool (kallimur) ke aoleb melele ko ilo ablikajon in remool im aoleb kolla ko emōj kōjellā kaki. Imelele ke melele in ij lewaj kobalok ibben jāan in federal ko ej bōki im ke rijerbal ro an jikuul remaron etale (lale) melele eo. 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 Federal rekkar.

Jeje in Etan Rütto eo ej Uwaan Mweo

Jain in Etan Rütto eo ej Uwaan Mweo

Atorej in E-mail

Atorej in Mael

City, 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
- RiKilmej, ak African American
- RiBelle Mouj

- Asian
- Molin RiHawaii ak Bar Juon Pacific Islander

Kakölle juon kumi in armij ej kobalok ibbeir:

- Hispanic ak Latino
- Ejab Hispanic ak Latino

Kakien 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 nōmba ko emen aliktata in nōmba in social security eo an rütto eo uwaan mweo im ej jaiñi ablikajon eo. Nōmba ko emen aliktata in nōmba in social security ejab mennin aikuj ilo ien am kateruru ikijen juon ajiri in foster ak ñe kwōnaj laajrak nōmba in keij an Burokraam in Jibañ kin Oñ eo Elabok (Basic Food (Möñä Basic)), Burokraam eo an Jidik len ñan Baamle ko rej Aikuj (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) ak Burokraam in Ajej Möñä ilo Bwidej ko an Indian (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) ak bar juon kein kalikar FDIPIR ñan ajiri eo nejum ak ilo ien kwōnaj kalikar ke rütto eo uwaan mweo im ej jaini ablikajon eo ejellok an nōmba in social security. Kimā 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 kin maron ko an armij ilo juon jikin an Federal im Ra eo an Jikin Atake (U.S. Department of Agriculture, USDA), kakien kin maron ko an armij ilo juon jikin, USDA, im Obij ko an, im rijerbal ro, im jikin ko rej bök kwōnaer ilo ak lelok burokraam ko an USDA emo aer kalijeklok kin kumi in armij ko armij rej kobalok ibbeir, kalor in kil, lal ko an armij, kora ak emmaan, utamwe, joñan yiö, ak mantin uköt nana ñan juon makütüküt in maron ko an armij ilo jikin moktalok ilo jabdewöt burokraam ak makütüküt ear kömman ak kolla jen ibben USDA.

Armij ro ewör aer utamwe im rej aikuj wāween leto letak melele ko jet ñan melele ko an burokraam (einwöt Braille, jeje ko relab, teep in kenono, Kajin Kakölle in Amedka, im men ko jet), rej aikuj kebaak Obij eo (State ak jukjukinbed) ilo jikin eo rar kateruru ñan jibañ ko. Kajojo armij ro rejaroñroñ, ebin aer roñjak, ak ewör aer utamwe in kenono remaron kebaak USDA ilo Jikin Jibañ Lelok Melele eo an Federal (Federal Relay Service) ilo (800) 877-8339. Im bareinwöt, melele eo an burokraam eo emaron wör ilo kajin ko jet roktak jen Kajin Belle.

Ñan baele juon abnōnō kin kalijeklok ilo burokraam eo, kadedelok [USDA Program Discrimination Complaint Form \(Beba in Abnōnō kin Kalijeklok ilo Burokraam eo an USDA\)](#), (AD-3027) kwōmaron loe online ilo: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaints>, im jabdewöt obij an USDA, ak jeiki juon letä ñan USDA im lelok ilo letä eo aoleb melele ko emöj kajitöki ilo beba eo. Ñan kajitök juon kabe in beba in abnōnō, kall (866) 632-9992. Lelok beba ak letä eo am emöj am kadedelok ñan USDA ilo mael: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: program.intake@usda.gov.

Jikin in ej juon jikin ejellok kalijeklok.

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

LIKÜT KÖJELLÄ EO AN BUKON KIN EJELLOK KALIEKLOK

ÑAN AN JIKUUL EO KÖJERBAL WÖT – JAB JEJE ILALIN LAIN IN

OKTAK IN KOLLA EO AN AOLEB YIÖ: Kajojo wiik x 52; Ruo alen ilo juon wiik x 26; Ruo alen ilo juon allon x 24; Kajojo allon x 12. (JAB uköt kolla eo an aoleben yiö rimweo rej kojellä kake ijellokun ñe rimweo renaj köjella kin iküt in kolla ko reloñ).

KÖMELIM IN LEA: Basic Food (Möñä Basic)/TANF/FDIPIR/Foster Kolla and Rimweo

Joñan Armij ro Kobban Mweo _____
Joñan Kolla ko an Rimweo \$ _____

Kajojo Wiik	Aoleb Lokin Ruo Wiik	2x kajojo Allon	Kajojo Allon	Kajojo yiö
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EMŌJ KŌMELIM ABLIKAJON ŅAN:

- Mōñā ko ejellok wonnen
- Mōñā ko Emōj Kadiklok Wonnen

ABLIKAJON EO EJAB TERU KINKE:

- Kolla eo Elablok jen Joñan eo Emōj Kōmelim
- Melele eo Ejabikbik/Ejako

Bar juon: _____

Raan eo Rar Jilkinlok Kōjellā

Jain in Etan Rijerbal eo ej Kōmelim

Raan

2021-22 ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОГО И ЛЬГОТНОГО ПИТАНИЯ

MEAD SCHOOL DISTRICT

Подать заявку онлайн: www.lunchapp.com

Заполните, подпишите и отправьте это заявление по следующему адресу: 12508 N Freya St, Mead, WA 99021

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

Бездомный

Мигрант

1. Перечислите **всех** проживающих с вами учащихся, которые посещают школу. Если учащийся является ребенком на патронатном воспитании, бездомным или мигрантом, укажите это, поставив "x" в соответствующей графе. Укажите все личные доходы, получаемые учащимся, и поставьте "x" в соответствующей графе, с указанием того, как часто он их получает.

Фамилия учащегося	Имя учащегося	Инициал отчества	Ребенок на патронатном воспитании	Дата рождения	Школы	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, напишите "0". Если вы указываете '0' или оставляете какие-либо поля пустыми, то вы подтверждаете, что нет никакого дохода.

Имена ВСЕХ других членов семьи (не указывайте учащихся, перечисленных выше)	Ребенок на патронатном воспитании	Сумма дохода от работы (до вычета налогов и отчислений)				Государственная помощь/ пособие/ алименты на ребенка	Пенсии / пенсионные выплаты / социальное обеспечение (SSI)				Любой другой доход, который еще не указан								
		Еженедельно	Раз в две	2 раза в месяц	Ежемесячно		Еженедельно	Раз в две	2 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Раз в две	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"/>

4. Общее количество членов семьи (включая всех людей, проживающих в вашем домохозяйстве): Последние четыре цифры номера социального страхования (SSN) Поставьте галочку при отсутствии SSN:
 (общее количество членов семьи должно быть равно количеству членов семьи, указанных выше) **Главный кормилец или другой член семьи**

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

Я подтверждаю (заверяю), что вся информация в данной заявке является верной и что предоставлен отчет о всех доходах. Я понимаю, что данная информация предоставляется в связи с получением средств из федерального бюджета и что администрация школы может проверить эту информацию. Я понимаю, что преднамеренное искажение информации может привести к тому, что мои дети могут потерять льготы и я могу быть привлечен к ответственности в соответствии с применимыми государственными и федеральными законами.

Имя взрослого члена семьи печатными буквами

Подпись взрослого члена семьи

Адрес электронной почты

Адрес для почтовых отправлений

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
 Чернокожий(-ая) или афроамериканец(-ка)
 Белый

Азиат
 Коренной житель Гавайских или тихоокеанских островов

Отметьте одну этническую принадлежность:

Представитель испаноязычного населения или латиноамериканец
 Не представитель испаноязычного населения или нелатиноамериканец

Национальный закон Ричарда Б. Рассела «О школьных обедах» (Richard B. Russell National School Lunch Act) 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) (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 законодательством о гражданских правах, а также постановлениями и политиками касательно гражданских прав U.S. Department of Agriculture (USDA) Министерству сельского хозяйства, его органам, учреждениям и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или осуществляющих их администрирование, запрещено дискриминировать на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возраста, а также осуществлять возмездие или преследование за предыдущую деятельность по защите гражданских прав в какой-либо программе, проводимой или финансируемой Министерством сельского хозяйства США.

Лица с ограниченными возможностями, которым необходимы альтернативные средства связи для получения информации о программах (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т.д.), должны обратиться в агентство (штата или местное), в которое они обращались за получением льгот. Глухие, слабослышащие лица либо лица с нарушениями речи могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках помимо английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации, заполните [форму жалобы о дискриминации Министерства сельского хозяйства США \(USDA Program Discrimination Complaint Form\)](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaints), (AD-3027), расположенную на сайте: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaints>, или представленную в любом офисе Министерства сельского хозяйства США, либо напишите письмо в адрес Министерства сельского хозяйства США и предоставьте в этом письме всю информацию, требуемую в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по тел. (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство сельского хозяйства США (USDA) по почте U.S. Department of Agriculture (Министерство сельского хозяйства США), Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (Офис помощника секретаря по гражданским правам), 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; факсу: (202) 690-7442; или электронной почтой: program.intake@usda.gov.

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.

ВПИШИТЕ НАЗВАНИЕ ОКРУГА Заявление школьного округа о недопущении дискриминации

ВНЕСИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ОКРУГА О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Для использования только школой – НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ

ПЕРЕСЧЕТ ГОДОВОГО ДОХОДА: Ежедневно x 52; Раз в две недели x 26; Два раза в месяц x 24; Ежемесячно x 12. (НЕ пересчитывайте годовой доход, если домохозяйство не указывает в отчете несколько периодов оплаты).

УТВЕРЖДЕНИЕ МЕСТНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ

АГЕНТСТВОМ (LEA): Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Доход домохозяйства Общий размер домохозяйства _____ Ежедневно Раз в две недели 2 раза в месяц Ежемесячно Ежегодно
 Доход домохозяйства Общий доход домохозяйства \$ _____

ЗАЯВЛЕНИЕ ОДОБРЕНО НА: Бесплатное питание Питание со сниженной ценой **ЗАЯВЛЕНИЕ БЫЛО ОТКЛОНЕНО ИЗ-ЗА:** Доход превышает допустимую сумму Другое: _____
 Неполная / отсутствующая информация

Дата отправки уведомления

Подпись должностного лица, утверждающего документ

Дата

**2021–22 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO
MEAD SCHOOL DISTRICT**

Complete, firme y envíe esta solicitud a: 12508 N Freya St, Mead, WA 99021

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

Sin hogar Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una “X” en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una “X” el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	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 algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food TANF Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPIR) Numero de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Ingreso				Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria	Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria				Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)	Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)				Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario			
			Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	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 grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) Marcar si no tiene SSN:
- (el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: 12508 N Freya St, Mead, WA 99021

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado, & Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales:

- Indio americano o Nativo de Alaska Asiático
 Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o isleño del pacifico
 Blanco

Marque una identidad:

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, ([USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027](#)) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

INSERT NONDISCRIMINATION STATEMENT HERE

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR

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

APPLICATION APPROVED FOR: Free Meals **APPLICATION DENIED BECAUSE:** Income Over Allowed Amount Other: _____
 Reduced-Price Meals Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date

الخطوة ١

اذكر جميع أفراد العائلة من هم رضع وأطفال وطلاب بما فيهم من في الصف الثاني عشر (إذا تطلب الأمر مزيد من المساحة لأسماء إضافية، يرجى إرفاق صفحة أخرى)

بلا مأوى، مهاجر، هارب	طفل متبنى	طالب؟		الصف	الاسم الأخير للطفل	المعلومات الإدارية		الاسم الأول للطفل
		لا	نعم					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

تعريف الفرد العائلي: "كل من يعيش معك ويشاركك الدخل والنفقات حتى لو لم يكن ذات صلة بك".

الأطفال في الحضانة و أيضاً الذين يستوفون وصف لا مأوى لهم، مهاجر أو هارب هم مؤهلون للحصول على وجبات مجانية. اقرأ لتتعلم كيف تقوم بالتقديم للوجبات المدرسية المجانية والمخفضة السعر لمزيد من المعلومات.

الخطوة ٢

هل أي فرد من أفراد العائلة (أنت أيضاً) يشارك حالياً في واحد أو أكثر من البرامج المساعدة التالية: برنامج المساعدة للتغذية التكميلية أو برنامج المساعدة للمعونات المؤقتة أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية؟

رقم القضية:

إذا كان الجواب بنعم < اكتب رقم القضية هنا ثم انتقل إلى الخطوة ٤ (لا تكمل الخطوة ٣)

إذا كان الجواب بلا < انتقل إلى الخطوة ٣.

اكتب فقط رقم قضية واحد في هذا الفراغ.

الخطوة ٣

قم بتقرير الدخل لجميع أفراد الأسرة (تخطى هذ الخطوة إذا أجبت "بنعم" للخطوة ٢)

كم مرة؟				دخل طفل
شهرياً	مرتين في الشهر	مرة كل أسبوعين	أسبوعياً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

أ. دخل الطفل

أحياناً الأطفال في الأسرة يكسبون دخل. يرجى تضمين إجمالي الدخل الذي يتم كسبه من قبل جميع أفراد الأسرة المذكورين هنا في الخطوة ١.

ب. جميع أفراد الأسرة البالغين (بما في ذلك أنت)

اذكر جميع أفراد الأسرة غير المذكورين في الخطوة ١ (بما في ذلك أنت) حتى إذا كانوا لا يتلقون دخل. لكل فرد عائلي مذكور، إذا كان لا يتلقى دخل، قم بذكر إجمالي مبلغ الدخل (قبل الضرائب) لكل مصدر بالدولار فقط (وليس السنتات). إذا كانوا لا يتلقون دخل من أي مصدر، اكتب "٠". إذا قمت بإدخال "٠" أو تركت أي حقول فارغة، فإنك تتعهد بأنه ليس هناك دخل لتقرره.

كم مرة؟				المعاشات / التقاعد / جميع مصادر الدخل الأخرى	كم مرة؟				المساعدة العامة / دعم الطفل / النفقة	كم مرة؟				الأرباح من العمل	أسماء أفراد العائلة البالغين (الاسم الأول والأخير)	
شهرياً	مرتين في الشهر	مرة كل أسبوعين	أسبوعياً		شهرياً	مرتين في الشهر	مرة كل أسبوعين	أسبوعياً		شهرياً	مرتين في الشهر	مرة كل أسبوعين	أسبوعياً			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"/>	\$		

أفحص إذا لا يوجد رقم ضمان اجتماعي

مجموع أفراد الأسرة (الأطفال والكبار)

الخطوة ٤

معلومات الاتصال توقيع الكبار

"أشهد (تعهد) بأن جميع المعلومات في هذا الطلب والتي ذكرت عن الدخل صحيحة. أنا أتفهم أن هذه المعلومات أعطيت بخصوص تلقي التمويل الفدرالي وكذلك أن مسؤولين المدرسة قد يوتقوا (يفحصوا) هذه المعلومات. وأنا أدرك أنني إذا تعمدت تقديم معلومات كاذبة، فإن اطفالي ربما يفقدوا فوائد الوجبات وأني قد أكون ملحق بموجب القوانين الفدرالية والدولية."

الهاتف للوصول اليك والبريد الإلكتروني(اختياري)

الرمز البريدي

الحالة

مدينة

شقة #

عنوان الشارع (إن وجد)

تاريخ اليوم

توقيع البالغ

اسم البالغ بالحروف المفردة الموقع على النموذج

مصدر الدخل للبالغين		
المعاشات / التقاعد / جميع مصادر الدخل الأخرى	المساعدة العامة / النفقة / دعم الطفل	الأرباح من العمل
- الضمان الاجتماعي (بما في ذلك المعاش السنوي لعمال السكة الحديدية المتقاعدين والفوائد الطبية والمدفوعات الشهرية للعاملين بمنجم الفحم) - المعاشات الخاصة أو تعويضات الإعاقة - دخل منتظم من الإئتمانات أو العقارات - المعاشات - دخل الاستثمار - الفائدة المكتسبة - إيرادات الإيجار - دفعات نقدية منتظمة من الأسر الخارجية	- إعانات البطالة - تعويضات العمال - دخل الضمان التكميلي (SSI) - المساعدة النقدية من الدولة أو الحكومة المحلية - مدفوعات النفقة - مدفوعات دعم الطفل - فوائد المحاربين القدامى - تعويضات الاضرار عن العمل	- الراتب والأجور والمكافآت النقدية - صافي الدخل من العمل الحر (مزرعة أو الأعمال التجارية) إذا كنت في الجيش الأمريكي: - الراتب الأساسي والعلوات النقدية (لا تشمل أجور القتال أو الخدمات الاجتماعية والأسرية أو بدل سكن تم خصصته) - حصص خارج قاعدة الإسكان والطعام والملابس

مصدر الدخل للأطفال	
مصادر الدخل الطفل	مثال (أمثلة)
- الأرباح من العمل	- الطفل الذي لديه وظيفة منتظمة بدوام كامل أو دوام جزئي حيث يجني راتب أو أجره
- الضمان الاجتماعي - مدفوعات الإعاقة - فوائد الباقيين على قيد الحياة	- طفل مصاب بالعمى أو معاق ويتلقى فوائد ضمان اجتماعي - والد/ة معاق أو متقاعد أو متوفى وأطفالهم يتلقوا فوائد الضمان الاجتماعي.
- دخل من شخص خارج العائلة	- صديق أو فرد مقرب من العائلة ينفق بانتظام على الطفل
- دخل من أي مصدر آخر	- الطفل الذي يتلقى دخل منتظم من صندوق التقاعد الخاص أو المعاش السنوي أو الائتمان

هويات الأطفال العرقية والعنصرية

اختياري

نحن مطالبون لسؤالك عن معلومات بشأن الانتماء العرقي لأطفالك. هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من أننا نقوم بخدمة مجتمعنا بالكامل. الرد على هذا القسم اختياري ولا يؤثر أهلية أطفالك للوجبات المجانية والمخفضة السعر.

الانتماء العرقي (اختر واحدة): اسباني أو لاتيني ليس اسباني أو ليس لاتيني
العرق (اختر واحدة أو أكثر): الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين آسيا أمريكي أسود أو إفريقي سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي أبيض

ذوو الاحتياجات الخاصة الذين يتطلبون وسائل اتصال بديلة لمعلومات البرنامج (على سبيل المثال بريل، حروف طباعة كبيرة، شريط صوتي، لغة الإشارة الأمريكية الخ) ينبغي عليهم الاتصال بالوكالة (دولية أو محلية) حيث قاموا بالتقديم للمنافع. يستطيع الأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعاف السمع أو يعانون من إعاقات الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الاتحادية على الرقم 833-833-2323-800. بالإضافة إلى ذلك، يجوز أن تقدم معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. لتقدم شكوى للبرنامج عن التمييز، أولاً نموذج شكوى للبرنامج عن التمييز خاص بوزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027) تجده اونلاين على موقع http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html وبإمكانك أيضاً التقديم لأي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية أو اكتب رسالة معنونه للوزارة شاملة كل المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على الرقم 999-622-866. قدم طلبك المكتمل او رسالتك لوزارة الزراعة الأمريكية من خلال:

وزارة الزراعة الأمريكية

مكتب الأمين العام المساعد لشؤون حقوق المدنية

1400 شارع الاستقلال، SW

واشنطن، 20250-9410 DC

الفاكس: 202-744-6902 (202) أو

البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة هي مزود الفرص المتكافئة.

تتطلب المدرسة الوطنية لبرنامج الغذاء المعلومات في هذا الطلب. لا يجب عليك إعطاء المعلومات ولكن إذا لم تعطها، لا يمكننا أن نصدق على حق طفلك في الوجبات المجانية أو المخفضة السعر. يجب عليك تضمين الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي للفرد البالغ الذي وقع الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عندما تقدم بالنيابة عن طفل متبني أو عندما تذكر رقم القضية لبرنامج المساعدة للتغذية التكميلية أو برنامج المساعدة للمعونات المؤقتة أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية أو معرف آخر لبرنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية لطفلك أو عندما تشير أن الفرد العائلي البالغ الذي وقع الطلب ليس له رقم ضمان اجتماعي. سوف نستخدم المعلومات الخاصة بك لتحديد ما إذا كان طفلك يستحق الوجبات المجانية أو المخفضة السعر وأيضاً سنستخدمها لإدارة وتنفيذ برامج الفطور والغداء. قد نتشارك معلومات الاستحقاق الخاصة بك مع التعليم، والصحة، وبرامج التغذية لمساعدتهم على تقييم أو تمويل أو تحديد الفوائد لبرامجهم ومدققى حسابات لمراجعة البرنامج ومسؤولين قانونيين للتنفيذ وذلك لمساعدتهم في النظر في انتهاكات قوانين البرنامج.

بموجب قانون الحقوق المدنية الفدرالية و لوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية، وزارة الزراعة الأمريكية بوكالاتها ومكاتبها وموظفيها ومؤسساتها المشاركة فيها والتي تدير برامجها ممنوعة من التمييز على اساس العرق أو اللون أو الجنس أو الاصل القومي أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو العمر أو الاعتقادات السياسية أو الانتماء لأجل نشاط حقوقي مدني مسبق في اي برنامج ممول أو متولى من قبل وزارة الزراعة الامريكية.

لا تملأ للاستخدام المدرسي فقط

لا تملأ

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

How often?

Total Income	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Household size
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Categorical Eligibility

Eligibility:

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

Date