無料・割引価格給食　申込書および確認書

学校年度 _____-_____

学区用説明書

このパケットには見本書式が含まれています:

世帯に提供する*必要がある*、**必須の**情報:

- 各世帯への手紙
- 無料・割引価格給食申込書
- 特典受給承認 / 却下の世帯への通知 [1] (却下された世帯へは通知が必須)

選抜された世帯について、有資格情報資料の確認のために**必須の**情報:

- 有資格確認のための選抜通知
- 確認結果の手紙

世帯に提供*してもよい*、**オプションの**情報:

- Medicaid/SCHIP との共有情報
- 他のプログラムとの共有情報
- 特典受給承認 / 却下の世帯への通知 [1] (承認された世帯への通知はオプション)
- 直接認定の通知

このページは 8½×11 インチの用紙に印刷するようレイアウトされています。ページによっては、表裏に印刷することができます。通学する学校で提供される特典 (放課後のおやつなど) を調べる必要があります。**[bold, bracketed fields]** は、学区固有の情報を挿入する必要がある部分を示します。例えば、確認用書類にある確認支援のため、学区それぞれにある無料電話番号を記入しなければなりません。Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (旧称 Food Stamp Program)、Temporary Assistance to Needy Families (TANF)、State Children's Health Insurance Program (SCHIP)、また該当する場合は Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)について、これら書類に州名を含める変更を行っていない場合は、適切にこの情報を挿入してください。このアプリケーション見本パッケージには、Military Housing Privatization Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の住宅手当を除外することに関する情報が含まれています。これに関係しない学区の場合は、適宜変更してください。
州機関によっては、承認のために申請パッケージの提出を求められることがあります。ご質問は下記連絡先にお問い合わせください:

[State agency address]

[1] すべての世帯が、有資格状態について通知されているはずです。特典受給を却下された子供がいる世帯には、却下通知の書面が届いているはずです。その通知には、特典受給却下の理由、抗議の権利、抗議方法の説明、および、その学校年度中にいつでも無料・割引価格食事サービスの特典を再申請できることを述べた文が必ず記載されています。無料・割引価格の特典が認められた子供がいる世帯には、書面または口頭で通知されます。

[INSERT SCHOOL DISTRICT LETTERHEAD]

保護者の方へ:

子供が学ぶためには、健康的な食事が必要です。**[Name of School]**では登校日に毎日、健康的な食事を提供しています。朝食の価格は **[$]**、昼食の価格は **[$]** です。お子さまによっては、無料または割引価格の食事サービスを受ける資格がある場合があります。割引価格は、朝食が **[$]**、昼食が **[$]** です。

1. **子供ひとりひとりについて申込書の記入が必要ですか？** いいえ。無料または割引価格の食事サービスの申込書に記入してください。*あなたの世帯にいる生徒全員に対して、無料・割引価格給食申込書 1 通を使用してください。*申込書が不完全な場合は承認することができませんので、必要な情報をすべて記入したことをご確認ください。記入が済んだ申込書は、**[name, address, phone number]** にお送りください。

2. **無料の食事が提供されるのはどんな場合ですか？** **[State SNAP]**、**[the Food Distribution Program on Indian Reservations]**、**[State TANF]** から特典を受給している世帯の子供は全員、収入を問わず無料食事サービスの対象となります。また、世帯の総所得が、連邦所得資格ガイドライン (Federal Income Eligibility Guidelines) の無料基準以下である場合は、子供が無料食事サービスを受けることができます。

3. **里子も無料食事サービスが受けられますか？** はい。里子養育機関または裁判所の法的責任に基づく里子は、無料の食事サービスの有資格者となります。収入を問わず、世帯内の里子は、無料食事サービスを受ける資格があります。

4. **ホームレスや、家出児童、移住労働者の子供は、無料の食事サービスが受けられますか？** はい。ホームレス、家出児童、移住労働者の定義に該当する子供は、無料の食事サービスを受ける資格があります。お子さまが無料食事サービスを受けるという連絡がまだ来ていない場合は、**[school, homeless liaison or migrant coordinator information]** に電話またはメールで連絡して、資格に適合するかどうかを調べてください。

5. **割引価格の食事サービスが受けられるのはどんな場合ですか？** この申込書に記載されている連邦所得資格チャートで、世帯所得が割引価格基準以下である場合は、子供が割引価格の食事サービスを受けることができます。

6. **うちの子供が今年度、無料の食事サービスに承認されたという手紙を受け取った場合、申込書に記入する必要はありますか？** 受け取った手紙をよく読んで、指示に従ってください。ご質問は、学校**[phone number]** にお電話でお問い合わせください。

7. **うちの子供の申請は去年承認されました。今年また申込書に記入する必要がありますか？** はい。お子さまの申請は、去年の学校年度と、今年度の最初の数日間のみ有効です。学校側から、お子さまが新年度も有資格であると言われていない限り、新しい申込書を提出しなければなりません。

8. **私は WIC を受けています。 私の子供も無料食事サービスが受けられますか？** WIC の対象となっている世帯の子供も、無料または割引価格の食事サービスを受ける資格が得られる場合があります。申込書を提出してください。

9. **提出した情報はチェックされますか？** はい。また、書面の証明をお送りいただくようお願いすることもあります。

10. **今回資格が認められなかった場合、またあとで申請することができますか？** はい。学校年度中いつでも申請することができます。たとえば、保護者が職を失った場合、世帯収入が所得限度より下になれば、その子供は無料・割引価格の食事サービスを受ける有資格者になる可能性があります。

11. **申請に対する学校側の決定に承服できない場合はどうすればいいですか？** 学校の担当者と話してください。また電話または書面により、**[name, address, phone number, e-mail]** *宛てに、聴聞会を要求することもできます。*

12. **世帯内に米国市民でない者がいても、申請できますか？** はい。無料または割引価格の食事サービスを受ける資格として、あなたやお子さまが米国市民である必要はありません。

13. **「世帯」に含まれるのは誰ですか？** 家族関係にかかわらず (祖父母、その他の親戚、友人など)、収入と支出を同じくしていて、同じ世帯内に住んでいるすべての人が含まれます。あなた自身と、同居しているお子さま全員を含めなければなりません。経済的に独立している他の人と共に住んでいる場合 (たとえば、あなたが経済的に支援しておらず、あなたやお子さまと収入を共有せず、費用を一定の割合で支払っている人)、その人は含まれません。

14. **収入が必ずしも一定でない場合はどうしたらいいですか？** 通常得ている収入額をリストしてみてください。たとえば、通常は毎月$1000 稼いでいるのに、先月は仕事を少し休んだので$900 だけだった場合は、月々$1000 として記入してください。残業を日常的にしている場合は、それも含めてください。残業は時々にしかしない場合は含めないでください。職を失った場合や、勤務時間や給料が少なくなった場合は、現在の収入を記入してください。

15. **軍に所属している場合、住宅手当は収入に含まれるのでしょうか？** 基地外住宅手当を受け取っている場合は、収入として含めなければなりません。けれども、お住まいの住宅が Military Housing Privatization Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象である場合は、その住宅手当を収入として含めないでください。

16. **配偶者が戦闘地域にいるのですが、その戦地手当は収入に含まれますか？** いいえ。軍の配備のため基本給に加えて戦地手当を受け取っていて、その配備以前は戦地手当を受け取っていなかった場合は、戦地手当は収入に含まれません。詳しくは学校にお問い合わせください。

17. **私の家族はもっと援助が必要です。他に申請できるプログラムはありますか？** **[State SNAP]** やその他の支援特典への申請方法は、地域の支援オフィスか、または **[State hotline number]** に連絡してください。

その他のご質問がある場合やヘルプが必要な場合は、**[phone number]** *に電話してください。*

Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: **[phone number]**.

Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: **[phone number]**.

よろしくご検討ください。

[signature]

申請手順

世帯の構成員とは、あなたと同居しているすべての子供または大人です。

[STATE SNAP]、[State TANF]、[OR THE FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)] のいずれかから特典を受け取っている世帯は、下記の手順に従ってください。

パート 1: 世帯構成員全員と、子供それぞれの学校名を記入してください。
パート 2: [State SNAP] または **[State TANF]** または **[FDPIR]** の特典を受けている世帯構成員 (大人も含む) がいる場合は、そのケース番号を記入してください。
パート 3: このパートは飛ばしてください。
パート 4: このパートは飛ばしてください。
パート 5: 書式にサインしてください。社会保障番号の末尾 4 桁は必須では**ありません**。
パート 6: この質問への回答は任意です。

[State SNAP] または **[State TANF]** の特典を受けている人が世帯内におらず、かつ、世帯内にホームレス、移住労働者、家出児童のいずれかである子供がいる場合は、下記の手順に従ってください。

パート 1: 世帯構成員全員と、子供それぞれの学校名を記入してください。
パート 2: このパートは飛ばしてください。
パート 3: 申請するお子さまがホームレス、移住労働者、家出児童のいずれかである場合、該当するボックスにチェックマークをつけ、**[your school, homeless liaison, migrant coordinator]** に電話してください。
パート 4: 世帯内のお子さまがパート 3 で有資格とならない場合に限り、記入してください。その他の世帯についての説明を参照してください。
パート 5: 書式にサインしてください。パート 4 に記入する必要がない場合は、社会保障番号の末尾 4 桁は必須ではありません。
パート 6: この質問への回答は任意です。

里子に関して申請する場合は、下記の手順に従ってください。

世帯内の子供全員が里子の場合は:
パート 1: 里子全員と、子供それぞれの学校名を記入してください。子供が里子であることを示すボックスにチェックマークをつけてください。
パート 2: このパートは飛ばしてください。
パート 3: このパートは飛ばしてください。
パート 4: このパートは飛ばしてください。
パート 5: 書式にサインしてください。社会保障番号の末尾 4 桁は必須では**ありません**。
パート 6: この質問への回答は任意です。

世帯内の子供のうち一部が里子の場合は:
パート 1: 世帯構成員全員と、子供それぞれの学校名を記入してください。子供も含め、収入のない人には、「収入なし」ボックスにチェックマークをつける必要があります。子供が里子であることを示すボックスにチェックマークをつけてください。
パート 2: 世帯にケース番号が付けられていない場合は、このパートは飛ばしてください。
パート 3: 申請するお子さまがホームレス、移住労働者、家出児童のいずれかである場合、該当するボックスにチェックマークをつけ、**[your school, homeless liaison, migrant coordinator]** に電話してください。 そうでない場合は、このパートは飛ばしてください。
パート 4: 下記の手順に従って、今月または先月の世帯合計収入を報告してください。

- **ボックス 1—名前:** 世帯内で収入のある構成員全員を挙げてください。

- **ボックス 2 ―総所得と給与受取りの頻度:** 世帯内の構成員それぞれについて、その月に受け取った収入のタイプを記入してください。その金額を受け取る頻度 (毎週か、2 週間ごとか、月 2 回か、月 1 回か) を記入する必要があります。収入は手取りではなく、必ず**総所得**を記入してください。総所得とは、税金やその他の天引きを差し引く*前*の金額です。この金額は給与明細に記載されているはずです。または上司が教えてくれるでしょう。その他の収入については、それぞれの人が福祉や児童手当、扶養料、年金、退職金、社会保障、補足的保障所得 (SSI)、恩給 (VA ベネフィット)、障害者手当から得る金額を記入してください。*その他の収入*の項には、労災補償、失業手当、スト手当、同世帯以外の人からの定期的寄付、およびその他の収入を記入してください。SNAP、FDPIR、WIC、連邦政府の教育給付金、里子紹介機関から家族が受け取った里子費用支払の収入は含めないでください。自営業の場合に限り、*仕事による収入*の項目で、経費を差し引いた収入を報告してください。これは、自営のビジネス、農業、不動産賃貸のためのものです。 Military Privatized Housing Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象になっている場合、または戦地手当を受け取っている場合は、これらの手当を収入に含めないでください。

パート 5: 成人の世帯構成員が書式に署名し、社会保障番号の最後の 4 桁を記入する必要があります (社会保障番号がない場合はそのボックスにチェックマークをつけてください)。

パート 6: この質問への回答は任意です。

その他の世帯 (WIC 世帯を含む) の場合は、下記の手順に従ってください。

パート 1:世帯構成員全員と、子供それぞれの学校名を記入してください。子供も含め、収入のない人には、「収入なし」ボックスにチェックマークをつける必要があります。

パート 2: 世帯にケース番号が付けられていない場合は、このパートは飛ばしてください。

パート 3: 申請するお子さまがホームレス、移住労働者、家出児童のいずれかである場合、該当するボックスにチェックマークをつけ、**[your school, homeless liaison, migrant coordinator]** に電話してください。 そうでない場合は、このパートは飛ばしてください。

パート 4: 下記の手順に従って、今月または先月の世帯合計収入を報告してください。

- **ボックス 1―名前:** 世帯内で収入のある構成員全員を挙げてください。
- **ボックス 2 ―総所得と給与受取りの頻度:** 世帯内の構成員それぞれについて、その月に受け取った収入のタイプを記入してください。その金額を受け取る頻度 (毎週か、2 週間ごとか、月 2 回か、月 1 回か) を記入する必要があります。収入は手取りではなく、必ず**総所得**を記入してください。総所得とは、税金やその他の天引きを差し引く*前*の金額です。この金額は給与明細に記載されているはずです。または上司が教えてくれるでしょう。その他の収入については、それぞれの人が福祉や児童手当、扶養料、年金、退職金、社会保障、補足的保障所得 (SSI)、恩給 (VA ベネフィット)、障害者手当から得る金額を記入してください。*その他の収入*の項には、労災補償、失業手当、スト手当、同世帯以外の人からの定期的寄付、およびその他の収入を記入してください。SNAP、FDPIR、WIC、連邦政府の教育給付金、里子紹介機関から家族が受け取った里子費用支払の収入は含めないでください。自営業の場合に限り、*仕事による収入*の項目で、経費を差し引いた収入を報告してください。これは、自営のビジネス、農業、不動産賃貸のためのものです。SNAP、FDPIR、WIC、連邦政府の教育給付金は含めないでください。Military Privatized Housing Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象になっている場合、または戦地手当を受け取っている場合は、これらの手当を収入に含めないでください。

パート 5: 成人の世帯構成員が書式に署名し、社会保障番号の最後の 4 桁を記入する必要があります (社会保障番号がない場合はそのボックスにチェックマークをつけてください)。

パート 6: この質問への回答は任意です。

無料・割引価格給食家族申込書

パート 1。世帯構成員全員

世帯構成員全員の名前 (ファーストネーム、ミドルネーム、ラストネーム)	子供それぞれの学校名。学校に行っていない子供の場合は「NA」と記入してください	里子の場合はチェックマークをつけてください (福祉事務所または裁判所の法的責任) * 下記に記載の子供が全員里子の場合は、パート 5 に飛んで、この書式に署名してください。	収入がない場合はチェックマークを付けてください
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑

パート 2。 特典

世帯の中に　　、　　、　　のいずれかを受け取っている人がいる場合、その人の名前とケース番号を記入し、**パート 5 に飛んでください。これらの特典を受け取っている人がいない場合は、パート 3 に飛んでください。.**

名前: _____ ケース番号: _____

パート 3。申請するお子さまがホームレス、移住労働者、家出児童のいずれかである場合、該当するボックスにチェックマークをつけ、　　に電話してください。

ホームレス ❑　移住労働者 ❑　家出児童 ❑

パート 4。世帯総所得。金額と頻度の記入が必要です。

1. 名前 (世帯内で収入のある構成員のみを挙げてください)	2. 総所得と給与受取りの頻度:			
	仕事による天引き前の収入	福祉、児童手当、扶養料	年金、退職金、社会保障、SSI、VA 恩給	その他の収入
(例) Jane Smith	$199.99/weekly	$149.99/every other week	$99.99/monthly	$50.00/monthly
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

パート 5。署名と社会保障番号の末尾 4 桁 (成人の署名が必要です)

成人の世帯構成員がこの申込書に署名しなければなりません。**パート 4 に記入した場合は、書式に署名する成人が自分の社会保障番号の末尾 4 桁を記入するか、あるいは「私は社会保障番号を持っていません」にチェックマークを付けなければなりません。**(このページの裏面にあるステートメントを参照してください。)

私はここに、この申込書に記述した情報がすべて真実であり、すべての収入が報告されていることを証します。私が提供した情報を元に、学校が連邦政府の資金を得ることを私は理解します。私は、学校の担当者がこの情報を確認することを理解します。また、私が意図的に誤った 情報を提供した場合、私の子供は食事サービスの特典を失う可能性があること、および私が訴追される可能性があることを理解します。

署名:_____ 氏名 (活字体): _____

Date:_____

Address:_____ 電話番号: _____

市: _____ 州: _____ 郵便番号:_____

社会保障番号の最後の 4 桁: * * * - * * - __ __ __ __ ❑ 私は社会保障番号を持っていません

パート 6。子供の民族・人種 (オプション)

民族を 1 つ選んでください:	*1 つ以上を選んでください (民族は問いません):*
❑ ヒスパニック/ラティーノ	❑ アジア人 ❑ アメリカンインディアンまたはアラスカ原住民 ❑ 黒人またはアフリカ系アメリカ人
❑ 非ヒスパニック/ラティーノ	❑ 白人 ❑ ハワイ原住民またはその他の太平洋諸島人

この欄には記入しないでください。学校使用欄です。

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

Total Income: _____ Per: ❑ Week, ❑ Every 2 Weeks, ❑ Twice A Month, ❑ Month, ❑ Year Household size: _____

Categorical Eligibility: __ Date Withdrawn: _____Eligibility: Free__ Reduced__ Denied__

Reason: _____

Temporary: Free____ Reduced____ Time Period: _____ (expires after ____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____Date: _____

無料・割引価格給食家族申込書

世帯所得がこの表の限度額以下の場合は、無料または割引価格の食事サービスをお子さまが受ける資格がある可能性があります。

連邦所得資格チャート 学校年度 _____			
世帯当たりの人数	年	月	週
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
追加 1 人当たり			

Richard B. Russell 全米スクール・ランチ法では、この申込書にこの情報を記載することが求められています。情報をご提出いただく必要はありませんが、情報をご提出いただけない場合、無料または割引価格の食事サービスについてお子さまの資格を承認することはできません。この申込書に署名した成人の世帯構成員の社会保障番号の末尾 4 桁を記入しなければなりません。里子のために申請する場合、あるいは Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)、Temporary Assistance for Needy Families (TANF)、Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ケース番号、またはその他、お子さまの FDPIR 識別番号を記載している場合、あるいはこの申込書に署名した成人の世帯構成員が社会保障番号を持っていない場合は、この社会保障番号の末尾 4 桁は必要ありません。ご提出いただいた情報は、お子さまが無料または割引価格の食事サービスを受ける資格を判定するため、および昼食・朝食プログラムの管理・強化のために使用されます。また教育、健康、栄養プログラムの評価、資金準備、特典決定の支援のためこれらの担当部門と資格情報を共有することがあり、プログラム再検討のため監査者と資格情報を共有することがあり、プログラム規則違反の捜査のため法執行機関と資格情報を共有することがあります。

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル(866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

MEDICAID/SCHIP との共有情報

保護者の方へ:

お子さまが無料または割引価格の給食サービスを受けている場合、Medicaid または State Children's Health Insurance Program (州の子供健康保険プログラム) (SCHIP) を通じて無料または低価格の健康保険が利用できることがあります。お子さまに健康保険があれば、通常の医療が受けやすくなり、病気で学校を休むことも少なくなります。

健康保険は子供たちの健康的な生活のために非常に重要であるため、*法律により、お子さまが無料または割引価格の食事サービスの有資格者であることを Medicaid と SCHIP に通知することが認められています* ***(これは、そうしないようにあなたから希望された場合を除きます)。*** Medicaid と SCHIP は、それぞれのプログラムに適格である可能性がある子供を判定する目的に限定して、この情報を使用します。プログラムの担当者から、お子さまの保険加入について連絡がある可能性があります。 無料および割引価格の給食サービスの申込書を提出したからといって、健康保険に自動的に加入できるわけではありません。

あなたの情報を Medicaid または SCHIP と共有して欲しくない場合は、下記の書式に記入して提出してください (この書式を提出しても、お子さまが無料または割引価格の食事サービスを受けられるかどうかに対して影響はありません)。

❑ **いいえ！ 私は**無料および割引価格給食サービス申込書に記載されている情報が、Medicaid や State Children's Health Insurance Program と共有されることは**望みません。**

ここで「いいえ」にチェックマークをつけた場合は、下記の書式に記入して、下記のお子さまに関するあなたの情報が共有されないようにしてください。

お子さまの名前: _____ 学校名: _____

お子さまの名前: _____ 学校名: _____

お子さまの名前: _____ 学校名: _____

お子さまの名前: _____ 学校名: _____

保護者署名: _____ 日付: _____

氏名 (活字体): _____

住所: _____

_____

詳しくは**[name]** (電話 **[phone]** またはメール **[e-mail address]**) までお問い合わせください。

この書式を **[address]** (**[date]**まで) に提出してください。

他のプログラムとの共有情報

保護者の方へ:

時間と労力の合理化のため、無料および割引価格給食サービス申込書に提供していただいた情報は、お子様が適格となる可能性がある他のプログラムと共有されることがあります。下記のプログラムについては、情報共有のためにあなたの許可が必要です。この書式を提出しても、お子様が無料または割引価格の食事サービスを受けられるかどうかに対して影響はありません。

- ❑ はい！ 私は無料および割引価格給食サービス申込書に記載されている情報が、**[name of program specific to your school]** と共有されることを望みます。
- ❑ はい！ 私は無料および割引価格給食サービス申込書に記載されている情報が、**[name of program specific to your school]** と共有されることを望みます。
- ❑ はい！ 私は無料および割引価格給食サービス申込書に記載されている情報が、**[name of program specific to your school]** と共有されることを望みます。

ここで上記のいずれかまたはすべてのボックスについて「はい」にチェックマークをつけた場合は、下記の書式に記入して、下記のお子さまに関するあなたの情報が共有されるようにしてください。 チェックマークを付けたプログラムに限り、あなたの情報が共有されます。

お子さまの名前: _____ 学校名: _____

お子さまの名前: _____ 学校名: _____

お子さまの名前: _____ 学校名: _____

お子さまの名前: _____ 学校名: _____

保護者署名: _____ 日付: _____

氏名 (活字体): _____

住所: _____

_____

詳しくは**[name]** (電話 **[phone]** またはメール **[e-mail address]**) までお問い合わせください。

この書式を**[address]** (**[date]**まで) に提出してください。

申込書の確認が必要です

必要とされている情報をお送りいただくか、または [date] までに [name] にご連絡ください。さもないと、お子様の無料または割引価格の食事サービスが停止されます。

学校名: _____日付: _____

_____様:

ご提出いただいた無料・割引価格給食申込書の確認を行っております。連邦規定により、適格者の子供だけが無料または割引価格の食事サービスを受けられるよう、確認を行うことが定められています。 **[name(s) of child(ren)][is/are]**さんが有資格であることを証明する情報を提出していただく必要があります。

可能な限り、原本書類ではなく、コピーをお送りください。原本をお送りいただいた場合は、要請があった場合に限りお返し致します。

1. 無料または割引価格食事サービスの申込み時点、またはそれ以降に **[State SNAP]**、**[State TANF]**、**[FDPIR]**のいずれかからの特典を受けている場合、次のいずれか 1 つのコピーをお送りください:

- **[State SNAP]**、**[State TANF]**、**[FDPIR]**のいずれかの Certification Notice (認定通知) で認定日付が示されているもの。
- **[State SNAP]**、**[State TANF]**、**[FDPIR]**のいずれかのオフィスからの手紙で認定日付が示されているもの。
- EBT カードは送付しないでください。

2. ホームレス、移住労働者、家出児童のいずれかに関してこの手紙を受け取った場合は、**[**school, homeless liaison, or migrant coordinator**]**に連絡して支援を求めてください。

3. 子供が里子である場合は:
その子供が、担当機関または裁判所の法的責任であることを証明する書面を提出するか、または、その子供が里子であることを証明できる、担当機関または裁判所の担当者の氏名と連絡先情報を提出してください。

4. 世帯内で **[State SNAP]** または **[State TANF]** または **[FDPIR]** の特典を受けている人がいない場合は:
あなたの世帯で、各収入源それぞれについて、得ている所得額を示す書類と共にこのページを提出してください。提出する書類には、その所得を受けている人の**名前**、受け取った**日付**、受け取った**金額**、受取りの**頻度**が示されていなければなりません。**情報を [address]** までお送りください。

証明に使用できる書類には次のものが挙げられます:

仕事: 給与明細または給与封筒で、受取りの金額と頻度が記載されているもの; 給与総額と支払頻度が記載されている雇用者からの手紙; また自営業の場合は、出納帳簿または税務帳簿などの業務・農業書類。

社会保障、年金、退職金: 社会保障退職者給付の手紙、給付受取りのステートメント、年金給付通知。

失業手当、身障者手当、労災補償: 州の雇用保障事務所からの適格者への通知、小切手の明細書半券、労災補償事務所からの手紙。

福祉給付金: **[State TANF]** 事務所からの特典給付の手紙。

児童手当または扶養料: 裁判所命令、合意書、または受け取った小切手のコピー。

その他の収入 (例えば賃貸収入など): 受け取った収入額、頻度、日付が示されている情報。

収入なし: 世帯のために衣食住をどうやってまかなっているか、いつから収入を得られる見込みかを、簡単に説明したメモ。

MILITARY HOUSING PRIVATIZATION INITIATIVE (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ): お住まいが Military Privatized Housing Initiative の対象であることを示す手紙または賃貸契約書。

証明に使用できる収入証明文書の時間枠: 1 ヶ月間の収入の証明を提出してください。申込み直前の月、申込みを行った月、またはそれ以降の任意の月のものを使用することができます。

その他のご質問がある場合やヘルプが必要な場合は、**[name]** (電話番号**[phone number]**) に電話してください。この通話には料金はかかりません。**[Toll free or reverse charge explanation]**. **またはメール ([e-mail address]) でお問い合わせください。**

よろしくご検討ください。

[signature]

Richard B. Russell 全米スクール・ランチ法では、この申込書にこの情報を記載することが求められています。情報をご提出いただく必要はありませんが、情報をご提出いただけない場合、無料または割引価格の食事サービスについてお子さまの資格を承認することはできません。ご提出いただいた情報は、お子さまが無料または割引価格の食事サービスを受ける資格を判定するため、および昼食・朝食プログラムの管理・強化のために使用されます。

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル(866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。 USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

申込書の確認を行いました

学校名: _____日付: _____

_____様:

[name(s) of child(ren)] さんが無料または割引価格の食事サービスを受ける有資格者であることを証明するためご提出いただいた情報を確認させていただき、次のように判定されました:

- ❑ あなたのお子さまの受給資格は変わりません。
- ❑ 所得が無料食事受給資格の制限額以内であるため、**[date]**より、お子さまの食事サービス受給資格は、**割引価格から無料へと**変更されます。あなたのお子さまは、無料で食事サービスを受けることになります。
- ❑ 所得が無料食事受給資格の制限額を超えたため、**[date]**より、お子さまの食事サービス受給資格は、**無料から割引価格へと**変更されます。割引価格は、昼食が**[$]**、朝食が**[$]**です。
- ❑ 下記の理由のため、**[date]**より、**お子さまの無料または割引価格の食事サービス受給資格はなくなります**:
  - __ 記録により、あなたの世帯内で、**[State SNAP]**または**[State TANF]**の特典を受けている人がいないことが判明したため。
  - __ 記録により、あなたのお子さまはホームレス、家出児童、または移住労働者に該当しないため。
  - __ あなたの所得が、無料または割引価格の食事サービス受給の制限額を超えているため。
  - __ 次の資料が提供されていないため: _____
  - __ こちらからの請求に対するご返答をいただけなかったため。

割引価格は、昼食が**[$]** 、朝食が**[$]** です。世帯所得が下がった場合や、世帯人数が増えた場合は、再び申し込むことができます。**[State SNAP]**、**[State TANF]**、**[FDPIR]**のいずれかの特典を受けている人が世帯内にいないという理由で、以前にこの受給資格に適さないとされた方は、所得資格に基づいて再申込みすることができます。現在の適格性の証明をこれまでに提出していない場合は、再申込みの際に提出するよう求められます。

この判定に同意できない場合は、**[name]** (電話**[phone]**) にご相談ください。あなたには、公平な聴聞会を求める権利もあります。**[date]**までに聴聞会を求めた場合は、聴聞委員会の判定が行われるまでの間、お子さまは無料または割引価格の食事サービスを受け続けます。聴聞会の開催要請は、下記に電話または書面で行ってください: **[name]** (**[address]**、電話**[phone number]**、メール **[e-mail]**)。

よろしくご検討ください。

[signature]

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル(866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

世帯への特典受給資格の承認 / 却下の通知

保護者の方へ:

あなたは、下記のお子さまについて、無料または割引価格の食事サービスに申込みをなさいました:

_____ _____
_____ _____
_____ _____

あなたの申請に対して:

- ❑ 無料食事サービスが承認されました。
- ❑ 昼食$ _____、朝食$ _____、おやつ$ _____での割引価格食事サービスが承認されました。
- ❑ 下記の理由のため却下されました:
  - ❑ 所得が、承認可能な金額を超えている
  - ❑ 右記の理由により、申込書が不完全 _____
  - ❑ その他 _____

この判定に同意できない場合は、**[school official's name]** (電話**[phone number]**、またはメール **[e-mail address]**) にご相談ください。判定について詳しい再検討をご希望の場合は、公平な聴聞会を求める権利があります。これは、下記の担当者に電話か書面で連絡してください:

名前: _____

住所: _____

電話番号: _____ メール _____

よろしくご検討ください。

[signature]

_____

名前 肩書 日付

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル(866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

直接認定の通知

保護者の方へ:

下記に記載されているお子さまは、学校で無料の昼食、朝食、おやつのサービスを受けられることを、ここにお知らせします。これはお子さまが現在**[State SNAP]**または**[State TANF]**の特典を受けているためです。

お子さまの氏名	学校名

上記以外のお子さまが世帯内にいらっしゃる場合は、***そのお子さまも無料食事サービスを受ける資格があります。***

お子さまが次の状況の場合は、学校に連絡してください:

- 上記に記載されていないお子さまが世帯内にいて、そのお子さまについても無料食事サービスを希望する場合
- お子さまに無料食事サービスを希望しない場合
- 他にご質問がある場合

[name]

[phone number]

[e-mail address]

よろしくご検討ください。

[signature]

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。 差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル(866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。 USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。