ФОРМИ ЗАЯВИ ТА ПЕРЕВІРКИ ПРАВ НА БЕЗКОШТОВНЕ АБО ПІЛЬГОВЕ ХАРЧУВАННЯ У ШКОЛІ

АКАДЕМІЧНИЙ РІК ____-____

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ШКІЛЬНИХ ОКРУГІВ

Цей пакет містить такі типові форми документів:

Обов'язкова інформація, яку *необхідно* надати членам сімей:

- Лист членам сімей
- Заява на безкоштовне або пільгове (зі знижкою) харчування у школі
- Повідомлення членам сімей про рішення щодо затвердження/відхилення пільг[1] (повідомлення обов'язково надсилається родині, якщо заява відхиляється)

Обов'язкова інформація для членів сімей, які відібрано для проведення перевірки на відповідність критеріям згідно наданої інформації:

- Повідомлення про відбір для перевірки відповідності критеріям
- Лист про результати перевірки

Додатковий матеріал стосовно заяви, який *може* надаватися членам сімей:

- Передача наданої інформації працівникам програм Medicaid/SCHIP
- Передача інформації працівникам інших програм
- Повідомлення членам сімей про рішення щодо затвердження/відхилення пільг[1] (повідомлення необов'язково надсилається родині, якщо заява затверджується)
- Повідомлення про пряму сертифікацію

Сторінки підготовлено для друку на папері формату 8½" - 11". Деякі сторінки можна друкувати з обох боків аркуша. Вам потрібно вказати пільги, які пропонуються вашою школою, наприклад, полуденки після шкільних занять. Дужки **[bold, bracketed fields]** вказують, де слід зазначити інформацію, особливу для окремого шкільного округу. Наприклад, вам слід вказати безкоштовний номер телефону вашого округу задля сприяння перевірці наданих матеріалів. Якщо ці матеріали не змінюються з метою зазначення назви, яка використовується у вашому штаті для програм Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (раніше Food Stamp Program), Temporary Assistance to Needy Families (TANF), State Children's Health Insurance Program (SCHIP), або, якщо необхідно, для додавання програми Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), слід відповідним чином зазначити таку інформацію. Цей типовий пакет також містить інформацію про виключення пільг на житло для осіб, які користуються допомогою за програмою Military Housing Privatization Initiative. Якщо це не застосовується до вашого шкільного округу, внесіть відповідні зміни.
Органи вашого штату можуть вимагати подання пакета заяви для затвердження. Якщо у вас виникли запитання, зверніться за адресою:

[State agency address]

[1]Усім членам сімей необхідно повідомити про їхній правовий статус щодо пільг. Сім'ям з дітьми, яким відмовлено у пільгах, необхідно надіслати письмове повідомлення про відхилення. Повідомлення повинне пояснювати сім'ї причину відмови у пільгах, вказувати про наявність прав на повторний розгляд, містити інструкції щодо подання запиту на повторний розгляд, а також положення про те, що сім'я може подати заяву на безкоштовне або пільгове харчування знову у будь-який час впродовж академічного року. Сім'ї з дітьми, для яких затверджено безкоштовне або пільгове харчування, можна повідомити у письмовій або усній формі.

[INSERT SCHOOL DISTRICT LETTERHEAD]

Шановні батьки/опікуни!

Для навчання дітям потрібне здорове харчування. **Навчальний заклад [Name of School]** пропонує здорове харчування кожен учбовий день. Сніданки за ціною **[$]**; обіди за ціною **[$]**. Ваші діти можуть відповідати критеріям для отримання безкоштовного або пільгового харчування. Пільгова ціна становить **[$]** за сніданок та **[$]** за обід.

1. ЧИ ПОТРІБНО МЕНІ ЗАПОВНЮВАТИ ЗАЯВУ ДЛЯ КОЖНОЇ ДИТИНИ? Ні. Заява заповнюється для набуття прав на безкоштовне або пільгове харчування. *Використовуйте одну Заяву на безкоштовне або пільгове харчування у школі для всіх членів вашої родини, які є учнями.* Ми не зможемо затвердити заяву, якщо вона не заповнена, тому обов'язково заповніть всю необхідну інформацію. Заповнену заяву слід подавати за адресою: **[name, address, phone number]**.
2. ХТО МОЖЕ ОТРИМУВАТИ БЕЗКОШТОВНЕ ХАРЧУВАННЯ? Усі діти, які належать до сімей, що отримують пільги за програмами **[State SNAP]**, **[the Food Distribution Program on Indian Reservations]** або **[State TANF]**, можуть отримувати безкоштовне харчування незалежно від рівня доходів. Окрім того, ваші діти можуть отримувати безкоштовне харчування, якщо валовий дохід вашої родини відповідає обмеженням, встановленим для безкоштовного харчування Федеральними критеріями визначення прав відповідно до рівня доходів (Federal Income Eligibility Guidelines).
3. ЧИ МОЖЕ ПРИЙОМНА ДИТИНА ОТРИМУВАТИ БЕЗКОШТОВНЕ ХАРЧУВАННЯ? Так, прийомні діти, які знаходяться під юридичною опікою виховального закладу або суду, мають право на безкоштовне харчування. Будь-яка прийомна дитина, яка належить до вашої сім'ї, має право на безкоштовне харчування незалежно від рівня доходів.
4. ЧИ МОЖУТЬ БЕЗПРИТУЛЬНІ ДІТИ, ВТІКАЧІ ТА ДІТИ-МІГРАНТИ ОТРИМУВАТИ БЕЗКОШТОВНЕ ХАРЧУВАННЯ? Так, діти, які відповідають визначенню безпритульних, втікачів або дітей-мігрантів, відповідають критеріям для отримання безкоштовного харчування. Якщо ви не знаєте, чи отримуватимуть ваші діти безкоштовне харчування, зателефонуйте або напишіть на адресу **[school, homeless liaison or migrant coordinator information]**, щоб дізнатися, чи відповідають вони критеріям для отримання пільг.
5. ХТО МОЖЕ ОТРИМУВАТИ ПІЛЬГОВЕ ХАРЧУВАННЯ? Ваші діти можуть отримувати пільгове харчування, якщо дохід вашої сім'ї відповідає обмеженням на отримання пільг відповідно до Федеральної схеми визначення рівня доходів (Federal Eligibility Income Chart), наведеної у цій заяві.
6. ЧИ СЛІД МЕНІ ЗАПОВНЮВАТИ ЗАЯВУ, ЯКЩО ОТРИМАНО ЛИСТ, ДЕ ЗАЗНАЧАЄТЬСЯ, ЩО ДЛЯ МОЇХ ДІТЕЙ НА ЦЕЙ АКАДЕМІЧНИЙ РІК ЗАТВЕРДЖЕНО НАДАННЯ БЕЗКОШТОВНОГО ХАРЧУВАННЯ? Будь ласка, уважно прочитайте лист і дотримуйтесь інструкцій. Зателефонуйте у школу за номером **[phone number]**, якщо у вас виникли запитання.
7. ЗАЯВА НА МОЮ ДИТИНУ БУЛА ЗАТВЕРДЖЕНА МИНУЛОГО РОКУ. ЧИ ПОТРІБНО МЕНІ ЗАПОВНЮВАТИ ІНШУ ЗАЯВУ? Так. Заява на вашу дитину діяла лише впродовж минулого академічного року, а також впродовж декількох днів поточного академічного року. Вам потрібно надіслати нову заяву, якщо працівники школи не повідомили вам, що ваша дитина користуватиметься правом на безкоштовне харчування протягом нового академічного року.
8. Я ОТРИМУЮ ДОПОМОГУ ЗА ПРОГРАМОЮ WIC. ЧИ МОЖЕ МОЯ ДИТИНА (ДІТИ) ОТРИМУВАТИ БЕЗКОШТОВНЕ ХАРЧУВАННЯ? Діти з сімей, що отримують допомогу за програмою WIC, можуть претендувати на безкоштовне або пільгове харчування. Будь ласка, заповніть заяву.

9. ЧИ ПЕРЕВІРЯТИМЕТЬСЯ ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ Я НАДАЮ? Так, і ми можемо попросити вас надіслати письмові підтвердження.

10. ЯКЩО НАРАЗІ Я НЕ ВІДПОВІДАЮ ВИМОГАМ, ЧИ МОЖУ Я ПОДАТИ ЗАЯВУ ПІЗНІШЕ? Так, ви можете подати заяву у будь-який час впродовж усього академічного року. Наприклад, діти, у яких хтось з батьків або опікунів стає безробітнім, можуть набути прав на безкоштовне або пільгове харчування, якщо дохід родини відповідатиме встановленим обмеженням.

11. ЯКЩО Я НЕ ПОГОДЖУЮСЯ З РІШЕННЯМ ПРАЦІВНИКІВ ШКОЛИ ЩОДО МОЄЇ ЗАЯВИ? Вам слід обговорити це з працівниками школи. Ви також можете звернутися з проханням про розгляд вашої справи, написавши або зателефонувавши за вказаними контактними даними: **[name, address, phone number, e-mail]**.

12. ЧИ МОЖУ Я ПОДАВАТИ ЗАЯВУ, ЯКЩО ХТОСЬ ІЗ ЧЛЕНІВ МОЄЇ РОДИНИ НЕ Є ГРОМАДЯНИНОМ США? Так. Ви або ваші діти не обов'язково повинні бути громадянами США, щоб відповідати критеріям для отримання безкоштовного або пільгового харчування.

13. КОГО СЛІД ВКАЗУВАТИ ЯК ЧЛЕНІВ МОЄЇ РОДИНИ? Ви повинні вказати усіх осіб, які належать до вашої сім'ї незалежно від ступеню родинних зв'язків (наприклад, дідусь та бабуся, інші родичі або друзі), мешкають з вами і з якими ви ділите доходи та витрати. Ви повинні вказати себе та всіх дітей, що мешкають з вами. Якщо ви мешкаєте з іншими людьми, які не залежать від вас матеріально (наприклад, особи, яких ви не підтримуєте, які не ділять з вами або вашими дітьми доходи, які сплачуть лише свою частку загальних витрат), не слід вказувати їх.

14. ЯК ВКАЗУВАТИ ДОХОДИ, ЯКЩО ВОНИ НЕ ЗАВЖДИ ОДНАКОВІ? Вказуйте суму, яку отримуєте звичайно. Наприклад, якщо звичайно ви отримуєте $1000 на місяць, але минулого місяця обсяг роботи був меншим, тому ви отримали лише $900, вказуйте, що отримуєте $1000 на місяць. Якщо ви звичайно отримуєте понаднормову оплату, зазначте це, але тільки, якщо не працюєте понаднормово іноді. Якщо ви втратили роботу, або вам скоротили робочі години чи заробітну плату, вказуйте поточний дохід.

15. НАША СІМ'Я КОРИСТУЄТЬСЯ СТАТУСОМ РОДИНИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ. ЧИ СЛІД НАМ ВКАЗУВАТИ НАШІ ЖИТЛОВІ ТА ДОДАТКОВІ ПІЛЬГИ ЯК ДОХІД? Якщо ви отримуєте дотацію на житло на умовах розміщення поза військовою базою, їх слід вказати як доходи. Проте, якщо ваша сім'я бере участь у програмі Military Housing Privatization Initiative, не слід включати житлові пільги як доходи.

16. МОГО ЧОЛОВІКА/ДРУЖИНУ МОБІЛІЗОВАНО У ЗОНУ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ. ЧИ ВРАХОВУЮТЬСЯ ГРОШОВІ НАДБАВКИ ЗА УЧАСТЬ У БОЙОВИХ ДІЯХ ЯК ДОХІД? Ні, якщо грошові надбавки за участь у бойових діях отримуються разом із базовою заробітною платою внаслідок мобілізації, і вони не отримувалися до мобілізації, такі грошові надбавки не враховуються як дохід. Для отримання додаткової інформації зверніться до школи.

17. МОЯ СІМ'Я ПОТРЕБУЄ ДОДАТКОВОЇ ДОПОМОГИ. ЧИ ІСНУЮТЬ ІНШІ ПРОГРАМИ, УЧАСТЬ У ЯКИХ МИ МОГЛИ Б БРАТИ? Щоб дізнатися, як подати заяву на участь у програмі **[State SNAP]** або інших програмах надання допомоги, зверніться до місцевої установи з соціального забезпечення або зателефонуйте за номером **[State hotline number]**.

Якщо у вас виникли інші запитання або вам потрібна допомога, зверніться за номером **[phone number].**

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

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

З повагою,

[signature]

ІНСТРУКЦІЇ З ПОДАННЯ ЗАЯВИ

ЧЛЕН РОДИНИ – ЦЕ БУДЬ-ЯКА ДИТИНА АБО ДОРОСЛА ОСОБА, ЩО МЕШКАЄ З ВАМИ.

ЯКЩО ЧЛЕНИ ВАШОЇ РОДИНИ ОТРИМУЮТЬ ДОПОМОГУ ЗА ПРОГРАМОЮ **[State SNAP]**, АБО **[State TANF]**, АБО **[THE FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)]**, ДОТРИМУЙТЕСЬ НАСТУПНИХ ІНСТРУКЦІЙ:

Частина 1: Вкажіть усіх членів родини і назву школи для кожної дитини.
Частина 2: Вкажіть реєстраційний номер всіх членів родини (в тому числі дорослих), які отримують допомогу за програмами **[State SNAP]**, **[State TANF]** або **[FDPIR]**.
Частина 3: Пропустіть цю частину.
Частина 4: Пропустіть цю частину.
Частина 5: Підпишіть форму. Останні чотири цифри номера соціального страхування вказувати необов'язково.
Частина 6: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

ЯКЩО ЖОДЕН ЧЛЕН ВАШОЇ РОДИНИ НЕ ОТРИМУЄ ДОПОМОГУ ЗА ПРОГРАМОЮ **[State SNAP]** АБО **[State TANF]**, ТА ЯКЩО БУДЬ-ЯКА ДИТИНА У ВАШІЙ РОДИНІ Є БЕЗПРИТУЛЬНОЮ, ДИТИНОЮ-МІГРАНТОМ АБО ВТІКАЧЕМ, ДОТРИМУЙТЕСЬ НАСТУПНИХ ІНСТРУКЦІЙ:

Частина 1: Вкажіть усіх членів родини і назву школи для кожної дитини.
Частина 2: Пропустіть цю частину.
Частина 3: Якщо будь-яка дитина, для якої ви подаєте заяву, є безпритульною, дитиною-мігрантом або втікачем, поставте галочку навпроти відповідного пункту та зверніться до **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**.
Частина 4: Заповніть цю частину, тільки якщо діти вашої родини не відповідають критеріям відповідно до Частини 3. Див. інструкції для всіх інших членів сімей.
Частина 5: Підпишіть форму. Останні чотири цифри номера соціального страхування вказувати необов'язково, якщо не заповнюється Частина 4.
Частина 6: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

ЯКЩО ВИ ПОДАЄТЕ ЗАЯВУ НА ПРИЙОМНУ ДИТИНУ, ДОТРИМУЙТЕСЬ НАСТУПНИХ ІНСТРУКЦІЙ:

Якщо <u>всі</u> діти у вашій родині прийомні:
Частина 1: Вкажіть усіх прийомних дітей і назву школи, яку відвідує кожна дитина. Поставте галочку, якщо дитина є прийомною.
Частина 2: Пропустіть цю частину.
Частина 3: Пропустіть цю частину.
Частина 4: Пропустіть цю частину.
Частина 5: Підпишіть форму. Останні чотири цифри номера соціального страхування вказувати необов'язково.
Частина 6: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

Якщо серед ваших дітей є прийомні діти:
Частина 1: Вкажіть усіх членів родини і назву школи для кожної дитини. Для всіх осіб, в тому числі дітей, які не мають забезпечення, потрібно поставити галочку навпроти пункту «Немає доходів». Поставте галочку, якщо дитина є прийомною.
Частина 2: Якщо у жодного члена вашої родини немає реєстраційного номера, пропустіть цю частину.
Частина 3: Якщо будь-яка дитина, для якої ви подаєте заяву, є безпритульною, дитиною-мігрантом або втікачем, поставте галочку навпроти відповідного пункту та зверніться до **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**. Якщо ні, пропустіть цю частину.
Частина 4: Дотримуючись інструкцій, вкажіть у формі загальний дохід за поточний або минулий місяць.

- **Поле 1 – Ім'я:** Вкажіть усіх членів родини, які отримують дохід.
- **Поле 2 – Валовий дохід та періодичність отримання доходу:** Для кожного члена родини вкажіть кожен тип доходу, що отримується впродовж місяця. Ви повинні вказати, як часто отримуєте гроші: кожен тиждень, кожен другий тиждень, двічі на місяць або кожен місяць. Обов'язково вказуйте **валовий дохід** без відрахувань. Валовий дохід – це зароблена до *відрахування* податків та інших відрахувань. Вам доведеться дізнатися про цю суму з документів, або запитати у свого керівника. Щодо інших джерел доходів, вкажіть суму, яку отримує кожна особа протягом місяця завдяки дотаціям, соціальному забезпеченню дітей, аліментам, пенсіям, соціальним виплатам на випадок відставки, соціальному страхуванню, надходженням Supplemental Security Income (SSI), пільгам для ветеранів (пільги VA) та пільгам непрацездатним. У стовпчику *Усі інші доходи* вкажіть компенсації працівникам, безробітнім або страйкарям, регулярні

внески від осіб, які не мешкають з вами, та усі інші типи доходів. Не слід вказувати як дохід допомогу, що отримується за програмами SNAP, FDPIR, WIC, пільги на державну освіту, а також дотації на прийомних дітей, що надаються родині виховальним закладом. ТІЛЬКИ підприємці можуть вказувати дохід після відрахування витрат у стовпчику *Заробіток*. Це застосовується у тому разі, якщо особа має власний бізнес, сільськогосподарське майно, або майно, що передається у оренду. Якщо ви берете участь у програмі Military Privatized Housing Initiative, або отримуєте грошові надбавки за участь у бойових діях, необов'язково вказувати такі пільги як джерело доходу.

Частина 5: Дорослий член сім'ї повинен підписати форму і вказати останні чотири цифри номера соціального страхування (або поставити галочку у відповідному полі, якщо номера соціального страхування немає).

Частина 6: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

ЩОДО УСІХ ІНШИХ ЧЛЕНІВ РОДИНИ, В ТОМУ ЧИСЛІ УЧАСНИКІВ ПРОГРАМИ WIC, ДОТРИМУЙТЕСЬ НАСТУПНИХ ІНСТРУКЦІЙ:

Частина 1: Вкажіть усіх членів родини і назву школи для кожної дитини. Для всіх осіб, в тому числі дітей, які не мають забезпечення, потрібно поставити галочку навпроти пункту «Немає доходів».

Частина 2: Якщо у жодного члена вашої родини немає реєстраційного номера, пропустіть цю частину.

Частина 3: Якщо будь-яка дитина, для якої ви подаєте заяву, є безпритульною, дитиною-мігрантом або втікачем, поставте галочку навпроти відповідного пункту та зверніться до **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].** Якщо ні, пропустіть цю частину.

Частина 4: Дотримуючись інструкцій, вкажіть у формі загальний дохід за поточний або минулий місяць**.**

- **Поле 1 – Ім'я:** Вкажіть усіх членів родини, які отримують дохід.
- **Поле 2** – **Валовий дохід та періодичність отримання доходу:** Для кожного члена родини вкажіть кожен тип доходу, що отримується впродовж місяця. Ви повинні вказати, як часто отримуєте гроші: кожен тиждень, кожен другий тиждень, двічі на місяць або кожен місяць. Обов'язково вказуйте **валовий дохід** без відрахувань. Валовий дохід – це зароблена *до відрахування* податків та інших відрахувань. Вам доведеться дізнатися про цю суму з документів, або запитати у свого керівника. Щодо інших джерел доходів, вкажіть суму, яку отримує кожна особа протягом місяця завдяки дотаціям, соціальному забезпеченню дітей, аліментам, пенсіям, соціальним виплатам на випадок відставки, соціальному страхуванню, надходженням Supplemental Security Income (SSI), пільгам для ветеранів (пільги VA) та пільгам непрацездатним. У стовпчику *Всі інші джерела доходів* вкажіть компенсації працівникам, безробітнім, компенсації профспілок страйкарям, регулярні внески від осіб, які не мешкають з вами, та усі інші типи доходів. Не слід вказувати як дохід допомогу, що отримується за програмами SNAP, FDPIR, WIC, пільги на державну освіту, а також дотації на прийомних дітей, що надаються родині виховальним закладом. ТІЛЬКИ підприємці можуть вказувати дохід після відрахування витрат у стовпчику *Заробіток*. Це застосовується у тому разі, якщо особа має власний бізнес, сільськогосподарське майно, або майно, що передається у оренду. Не обов'язково вказувати дохід, що отримується завдяки пільгам програм SNAP, FDPIR, WIC або пільгам на державну освіту. Якщо ви берете участь у програмі Military Privatized Housing Initiative, або отримуєте грошові надбавки за участь у бойових діях, не обов'язково вказувати такі пільги як джерело доходу.

Частина 5: Дорослий член сім'ї повинен підписати форму і вказати останні чотири цифри номера соціального страхування (або поставити галочку у відповідному полі, якщо номера соціального страхування немає).

Частина 6: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

ЗАЯВА НА БЕЗКОШТОВНЕ АБО ПІЛЬГОВЕ ХАРЧУВАННЯ У ШКОЛІ

ЧАСТИНА 1. УСІ ЧЛЕНИ РОДИНИ

Імена всіх членів родини (Ім'я, по-батьковій, прізвище)	Назва школи кожної дитини або позначка «Н/З», якщо дитина не відвідує школу	ПОСТАВТЕ ГАЛОЧКУ, ЯКЩО ДИТИНА ПРИЙОМНА (ПІД ЮРИДИЧНОЮ ОПІКОЮ ОРГАНІЗАЦІЇ АБО СУДУ) *ЯКЩО ВСІ ДІТИ ПРИЙОМНІ, ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЧАСТИНИ 5, ЩОБ ПІДПИСАТИ ЦЮ ФОРМУ.	ПОСТАВТЕ ГАЛОЧКУ, ЯКЩО ДОХОДІВ НЕМАЄ
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑

Частина 2. ПІЛЬГИ

ЯКЩО БУДЬ-ЯКИЙ ЧЛЕН СІМ'Ї ОТРИМУЄ ДОПОМОГУ ЗА ПРОГРАМАМИ , АБО , ВКАЖІТЬ ІМ'Я ТА РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР ОСОБИ, ЩО ОТРИМУЄ ПІЛЬГИ, І **ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЧАСТИНИ 5**. **ЯКЩО ЖОДЕН ЧЛЕН НЕ ОТРИМУЄ ТАКИХ ПІЛЬГ, ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЧАСТИНИ 3.**

ІМ'Я:_____ РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР: _____

ЧАСТИНА 3. ЯКЩО ДИТИНА, ДЛЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВА, Є БЕЗДОМНОЮ, ДИТИНОЮ-МІГРАНТОМ АБО ВТІКАЧЕМ, ПОСТАВТЕ ГАЛОЧКУ У ВІДПОВІДНОМУ ПОЛІ ТА ЗВЕРНІТЬСЯ ДО

БЕЗДОМНИЙ ❑ ДИТИНА-МІГРАНТ ❑ ВТІКАЧ ❑

ЧАСТИНА 4. ЗАГАЛЬНИЙ ВАЛОВИЙ ДОХІД СІМ'Ї. Ви повинні вказати, у якому обсязі та як часто отримуєте доходи.

1. ІМ'Я (Вкажіть тільки членів родини, які отримують дохід)	2. ВАЛОВИЙ ДОХІД ТА ПЕРІОДИЧНІСТЬ ЙОГО ОТРИМАННЯ			
	Заробіток без відрахувань	Соціальне забезпечення, дотація на дітей, аліменти	Пенсії, соц. виплати, соціальне страхування, дотації SSI, VA	Інші доходи
(Зразок) Джейн Сміт	$199,99/на тиждень	$149,99/ кожен другий тиждень	$99,99/на місяць	$50.00/на місяць
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

ЧАСТИНА 5. ПІДПИС ТА ОСТАННІ ЧОТИРИ ЦИФРИ НОМЕРА СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (ПІДПИСУЄ ДОРОСЛИЙ)

Заяву повинен підписати дорослий член родини. **Якщо заповнюється Частина 4, дорослий, що підписує форму, повинен також вказати останні чотири цифри свого номера соціального страхування або поставити галочку навпроти пункту «Немає номера соціального страхування».** (Див. положення на зворотному боці сторінки.)

Я підтверджую (обіцяю), що вся інформація, вказана у цій формі, є правдивою і відображає доходи у повному обсязі. Я розумію, що школа отримуватиме державні кошти відповідно до наданої мною інформації. Я розумію, що працівники школи можуть перевіряти надану інформацію. Я розумію, що якщо я навмисно вкажу неправильну інформацію, мої діти можуть втратити пільги, а я можу нести юридичну відповідальність.

Підпис: _____ Ім'я друкованими літерами: _____

Дата: _____

Адреса: _____ Номер телефону: _____

Місто: _____ Штат: _____ Індекс: _____

Останні чотири цифри номера соціального страхування: * * * - * * - __ __ __ __ ❑ Немає номера соціального страхування

ЧАСТИНА 6. ЕТНІЧНА ТА РАСОВА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ ДИТИНИ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

ВИБЕРІТЬ ЕТНІЧНУ ГРУПУ:	ВИБЕРІТЬ ОДИН АБО ДЕКІЛЬКА ПУНКТІВ (НЕЗАЛЕЖНО ВІД ЕТНІЧНОЇ ГРУПИ):
❑ Латиноамериканець	❑ Азіат ❑ Представник народу Америки або Аляски ❑ Чорношкірий або афроамериканець
❑ Не латиноамериканець	❑ Європеєць ❑ Представник народу Гавайських або Тихоокеанських о-вів

НЕ ЗАПОВНЮЙТЕ ЦЮ ЧАСТИНУ. ЇЇ ЗАПОВНЮЮТЬ ПРАЦІВНИКИ ШКОЛИ.

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: _____

Ваша дитина може отримати право на безкоштовне або пільгове харчування, якщо дохід сім'ї відповідає обмеженням у цій схемі або є меншим.

ФЕДЕРАЛЬНА СХЕМА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ДОХОДІВ на академічний рік _____			
Члени родини	Щорічно	Щомісячно	Щотижнево
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Кожна додаткова особа:			

Національний закон Ричарда Б. Рассела «Про шкільні обіди» вимагає надання інформації відповідно до цієї форми заяви. Ви не зобов'язані надавати інформацію, але, якщо ви її не надасте, ми не зможемо затвердити дитину як особу, що має право на безкоштовне або пільгове харчування. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування дорослого члена родини, що підписує форму заяви. Останні чотири цифри номера соціального страхування вказувати необов'язково, якщо ви подаєте заяву для прийомної дитини або вказуєте реєстраційний номер у програмах Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) або Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), інший ідентифікатор вашої дитини (FDPIR), або вказуєте, що дорослий член родини, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ми використаємо надану вами інформацію для визначення, чи має право дитина на отримання безкоштовного або пільгового харчування, а також з метою реалізації та впровадження програм обідів та сніданків. Ми МОЖЕМО надавати вказану вами інформацію працівникам освітніх, медичних та продовольчих програм з метою оцінювання, фінансування або визначення можливості надання пільг за такими програмами; аудиторам з метою перевірки належної реалізації програми; а також представникам органів виконавчої влади з метою перевірки наявності порушень правил програми.

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»

ПЕРЕДАЧА ІНФОРМАЦІЇ ПРАЦІВНИКАМ MEDICAID/SCHIP

Шановні батьки/опікуни!

Якщо ваші діти отримують безкоштовне або пільгове харчування, вони також можуть отримати безкоштовну або пільгову медичну страховку за програмою Medicaid або State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Діти, які мають медичну страховку скоріше отримують регулярну допомогу лікаря і рідше пропускають заняття у школі через хвороби.

Медичне страхування дуже важливе для здоров'я дітей, тому *закон дозволяє нам повідомляти працівників програм Medicaid та SCHIP про те, що ваша дитина має право на безкоштовне або пільгове харчування,* ***якщо ви прямо не попросите цього не робити***. Для участі у програмах Medicaid та SCHIP використовується тільки інформація, яка дозволяє ідентифікувати дитину, що може претендувати на допомогу за ними. Працівники програм можуть звернутися до вас, щоб запропонувати участь вашої дитини у програмах. Заповнення Заяви на безкоштовне або пільгове харчування у школі не передбачає автоматичного включення вашої дитини до програми медичного страхування.

Якщо ви не бажаєте, щоб ми передавали надану вами інформацію працівникам програм Medicaid або SCHIP, заповніть форму нижче та надішліть її нам (надсилання цієї форми не вплине на право вашої дитини отримувати безкоштовне або пільгове харчування).

❑ **Ні! Я НЕ ХОЧУ,** щоб інформація, вказана мною у Заяві на безкоштовне або пільгове харчування у школі була надана працівникам програми Medicaid або State Children's Health Insurance Program.

Якщо ви поставили галочку навпроти пункту «Ні», заповніть форму нижче, щоб підтвердити, що надану вами інформацію про дітей, зазначених нижче, НЕ слід передавати:

Ім'я дитини: _____ Школа: _____

Ім'я дитини: _____ Школа: _____

Ім'я дитини: _____ Школа: _____

Ім'я дитини: _____ Школа: _____

Підпис батьків/опікунів: _____ Дата: _____

Ім'я друкованими літерами: _____

Адреса: _____

_____

Для отримання додаткової інформації зателефонуйте **[name]** за номером **[phone]** або відправте листа електронною поштою на адресу **[e-mail address]**.

Подати форму слід на адресу: **[address]** до **[date]**.

ПЕРЕДАЧА ІНФОРМАЦІЇ ПРАЦІВНИКАМ ІНШИХ ПРОГРАМ

Шановні батьки/опікуни!

Для економії вашого часу та зусиль інформацію, яку ви вказуєте у Заяві на безкоштовне або пільгове харчування у школі, можна передати працівникам інших програм, участь у яких може брати ваша дитина. Нам потрібен ваш дозвіл на передачу інформації працівникам наступних програм. Надсилання цієї форми не вплине на право отримання безкоштовного або пільгового харчування вашою дитиною.

- ☐ Так! Я **ХОЧУ**, щоб працівники школи передали інформацію, вказану мною у Заяві на безкоштовне або пільгове харчування у школі, працівникам програми **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Так! Я **ХОЧУ**, щоб працівники школи передали інформацію, вказану мною у Заяві на безкоштовне або пільгове харчування у школі, працівникам програми **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Так! Я **ХОЧУ**, щоб працівники школи передали інформацію, вказану мною у Заяві на безкоштовне або пільгове харчування у школі, працівникам програми **[name of program specific to your school]**.

Якщо ви поставили галочку навпроти будь-якого або кожного пункту «Так» вище, заповніть форму нижче, щоб підтвердити передачу інформації про ваших дітей, зазначених нижче. Інформація буде передана тільки працівникам тих програм, які ви позначили.

Ім'я дитини: _____ Школа: _____

Ім'я дитини: _____ Школа: _____

Ім'я дитини: _____ Школа: _____

Ім'я дитини: _____ Школа: _____

Підпис батьків/опікунів: _____ Дата: _____

Ім'я друкованими літерами: _____

Адреса: _____

_____

Для отримання додаткової інформації зателефонуйте **[name]** за номером **[phone]** або відправте листа електронною поштою на адресу **[e-mail address]**.

Подати форму слід на адресу: **[address]** до **[date]**.

МИ ПОВИННІ ПЕРЕВІРИТИ ВАШУ ЗАЯВУ

Ви повинні надіслати необхідну нам інформацію або звернутися до [name] до [date]; у іншому випадку ваші діти більше не отримуватимуть безкоштовне або пільгове харчування.

Школа: _____ Дата: _____

Шановний(а) _____:

Ми перевіряємо вашу Заяву на безкоштовне або пільгове харчування у школі. Федеральні правила зобов'язують нас це робити, щоб переконатися у тому, що безкоштовне або пільгове харчування надається тільки тим, хто має на це право. Ви повинні надіслати нам відповідну інформацію, щоб підтвердити наявність прав на пільги у **[name(s) of child(ren)][is/are]**.

Якщо можливо, надсилайте копії, а не оригінальні документи. Якщо ви надішлете оригінальні документи, ми повернемо вам їх на прохання.

1. ЯКЩО ВИ ОТРИМУВАЛИ ДОПОМОГУ ЗА ПРОГРАМАМИ **[State SNAP]**, **[State TANF]** АБО **[FDPIR]**, КОЛИ ПОДАВАЛИ ЗАЯВУ НА БЕЗКОШТОВНЕ АБО ПІЛЬГОВЕ ХАРЧУВАННЯ, АБО РОЗПОЧАЛИ ЇЇ ОТРИМУВАТИ ПІСЛЯ ЦЬОГО, НАДІШЛІТЬ НАМ КОПІЮ ОДНОГО З НАСТУПНИХ ДОКУМЕНТІВ:

- Повідомлення про отримання сертифіката учасника **[State SNAP]**, **[State TANF]** або **[FDPIR]**, де вказана дата отримання сертифіката.
- Лист від працівника програми **[State SNAP]**, **[State TANF]** або **[FDPIR]**, де вказана дата отримання сертифіката.
- Не надсилайте свою картку EBT.

2. ЯКЩО ВИ ОТРИМАЛИ ЦЬОГО ЛИСТА ЩОДО БЕЗПРИТУЛЬНОЇ ДИТИНИ, ДИТИНИ-МІГРАНТА АБО ВТІКАЧА, ЗВЕРНІТЬСЯ ПО ДОПОМОГУ ДО **[school, homeless liaison, or migrant coordinator]**.

3. ЯКЩО ДИТИНА ПРИЙОМНА:
Надайте письмовий документ, де підтверджується, що дитина знаходиться під юридичною опікою виховального закладу чи суду, або вкажіть ім'я та контактні дані працівника закладу або суду, який може підтвердити, що дитина прийомна.

4. ЯКЩО ЖОДЕН ЧЛЕН ВАШОЇ РОДИНИ НЕ ОТРИМУЄ ДОПОМОГУ ЗА ПРОГРАМАМИ **[State SNAP]**, **[State TANF]** АБО **[FDPIR]**:

Надішліть цю сторінку разом з документами, де зазначена сума грошей, яку ваша родина отримує з кожного джерела доходів. У документах, які ви надсилаєте, повинно бути зазначене **ім'я** особи, яка отримувала дохід, **дата** отримання доходу, **обсяг** доходу та **періодичність** отримання доходів.
Інформацію слід надсилати на адресу: [address]

До розгляду приймаються наступні документи:

ЗАРОБІТНА ПЛАТА: Корінець чеку або конверт заробітної плати, де вказана сума та періодичність платежів; лист від роботодавця із зазначенням заробітної плати до відрахування податків, а також періодичність її отримання; або, якщо ви працюєте на себе, надайте документи, що підтверджують наявність власного підприємства або сільськогосподарського майна, наприклад бухгалтерські книги або податкові декларації.

СОЦІАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ, ПЕНСІЇ АБО ДОПОМОГА У РАЗІ ВІДСТАВКИ: Лист про призначення соціального забезпечення у разі відставки, виписка про отримані пільги або повідомлення про призначення пенсійного забезпечення.

ДОПОМОГА БЕЗРОБІТНІМ, ІНВАЛІДАМ АБО КОМПЕНСАЦІЇ ПРАЦІВНИКАМ: Повідомлення про надання допомоги від Центра зайнятості штату, корінець чеку або лист від спілки, що виплачує компенсації працівникам.

ВИПЛАТИ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ: Лист про призначення пільг від працівника програми **[State TANF]**.

ДОТАЦІЯ НА ДІТЕЙ АБО АЛІМЕНТИ: Постанова суду, угода або копії отриманих чеків.

ІНШИЙ ДОХІД (НАПРИКЛАД, РЕНТА): Інформація з зазначенням суми доходу, що отримується, періодичність отримання доходу, а також дати його отримання.

*ВІДСУТНІСТЬ ДОХОДІВ:*Коротка пояснювальна записка, де вказано, як ви та ваша родина отримуєте продукти харчування, одяг та користуєтесь житлом, а також коли очікується отримання доходів.

ДОПОМОГА ЗА ПРОГРАМОЮ MILITARY HOUSING PRIVATIZATION INITIATIVE: Лист або контракт про оренду, де вказано, що житло надається на умовах програми Military Privatized Housing Initiative.

ПЕРІОД ПРИЙОМУ ДОКУМЕНТІВ ПРО ДОХОДИ: Надайте підтвердження отриманих доходів за один місяць; ви можете вказувати доходи за місяць до подання заяви, за місяць, у якому подається заява, або за будь-який місяць після цього.

Якщо у вас виникли запитання або вам потрібна допомога, зверніться до **[name]** за номером **[phone number]**. Дзвінки на цей номер безкоштовні**.[Toll free or reverse charge explanation]**. Ви також можете надіслати електронний лист на адресу **[e-mail address]**.

З повагою,

[signature]

Національний закон Ричарда Б. Рассела «Про шкільні обіди» вимагає надання інформації відповідно до цієї форми заяви. Ви не зобов'язані надавати інформацію, але, якщо ви її не надасте, ми не зможемо затвердити дитину як особу, що має право на безкоштовне або пільгове харчування. Ми використаємо надану вами інформацію для визначення, чи має право дитина на отримання безкоштовного або пільгового харчування, а також з метою реалізації та впровадження програм обідів та сніданків.

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»

МИ ПЕРЕВІРИЛИ ВАШУ ЗАЯВУ

Школа: _____ Дата: _____

Шановний(а) _____:

Ми перевірили надіслану вами інформацію, щоб переконатися у тому, що дитина **[name(s) of child(ren)]** має право на безкоштовне або пільгове харчування і вирішили, що:

- ❑ Права вашої дитини не змінилися.
- ❑ З **[date]** право дітей на отримання пільгового харчування зміниться **з права на пільгове харчування на право на безкоштовне харчування**, тому що дохід відповідає встановленим обмеженням для безкоштовного харчування. Ваша дитина (діти) отримуватиме харчування безкоштовно.
- ❑ З **[date]** право дітей на отримання пільгового харчування зміниться **з права на безкоштовне харчування на право на пільгове харчування**, тому що дохід перевищує встановлені обмеження для безкоштовного харчування. Пільгова ціна становить **[$]** за обід та **[$]** за сніданок.
- ❑ З **[date]** **ваші діти більше не матимуть права** на безкоштовне або пільгове харчування через наступну причину(и):
  - ___ Документи показують, що один з членів вашої родини отримував допомогу за програмою **[State SNAP]** або **[State TANF]**.
  - ___ Документи показують, що дитина (діти) не є безпритульною, втікачем або дитиною-мігрантом.
  - ___ Ваш дохід перевищує обмеження, встановлені для безкоштовного або пільгового харчування.
  - ___ Ви не додали: _____
  - ___ Ви не дали відповідь на наш запит.

Ціна становить **[$]** за обід та **[$]** за сніданок. Якщо дохід вашої родини зменшиться або збільшиться кількість членів вашої родини, ви можете подати заяву знову. Якщо раніше вам було відмовлено у пільгах через те, що жоден член вашої родини не отримує допомогу за програмами **[State SNAP]**, **[State TANF]** або **[FDPIR]**, ви можете подати заяву повторно відповідно до рівня доходів. Якщо ви не надали підтвердження відповідності критеріям, при повторному поданні форми вам доведеться це зробити.

Якщо ви не згодні з таким рішенням, ви можете обговорити його з **[name]** за телефоном **[phone]**. Ви також маєте право на справедливий розгляд свої справи. Якщо ви розпочнете розгляд до **[date]**, ваші діти продовжуватимуть отримувати безкоштовне або пільгове харчування, доки працівник програми не винесе рішення. Ви можете звернутися з проханням про розгляд вашої справи, написавши або зателефонувавши за вказаними контактними даними: **[name]**, **[address]**, **[phone number], or [e-mail]**.

З повагою,

[signature]

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»

ПОВІДОМЛЕННЯ ЧЛЕНАМ РОДИН ПРО РІШЕННЯ ЩОДО ПІЛЬГ

Шановні батьки/опікуни!

Ви подавали заяву на отримання безкоштовного або пільгового харчування для наступної дитини (дітей);

_____ _____
_____ _____
_____ _____

Вашу заяву було:

- ☐ Затверджено для надання безкоштовного харчування
- ☐ Затверджено для надання пільгового харчування, ціна якого становить: $ _____ за обід, $ _____ за сніданок та $ _____ за полуденок
- ☐ Відхилено з наступної причини(причин):
  - ☐ Дохід перевищує встановлені обмеження
  - ☐ Неповністю заповнена заява, тому що_____
  - ☐ Інше_____

Якщо ви не згодні з рішенням, ви можете обговорити його з працівником **[school official's name]**, зателефонувавши за номером **[phone number]** або надіславши листа на адресу **[e-mail address]**. Якщо ви вважаєте, що рішення вимагає подальшого розгляду, у вас є право на справедливий розгляд своєї справи. Його можна започаткувати, зателефонувавши або написавши наступному працівнику:

ІМ'Я: _____

АДРЕСА: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ: _____ ЕЛЕКТРОННА ПОШТА_____

З повагою,

[signature]

_____

Ім'я Посада Дата

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПРЯМУ СЕРТИФІКАЦІЮ

Шановні батьки/опікуни!

Ми хочемо повідомити вам, що діти, вказані нижче, отримуватимуть безкоштовні обіди, сніданки та полуденки у школі, тому що вони отримують допомогу за програмою **[State SNAP]** або **[State TANF]**.

Ім'я дитини	Назва школи

Якщо до вашої родини належать інші діти, яких ви не зазначили вище***, вони також можуть претендувати на безкоштовне харчування.***

Зверніться до школи, яку відвідує ваша дитина (діти) у разі наступних обставин:

- Якщо до вашої родини належать інші діти, не вказані вище, і ви бажаєте, щоб вони отримували безкоштовне харчування у школі
- Ви не бажаєте, щоб ваші діти отримували безкоштовне харчування
- У вас виникли додаткові запитання

[name]

[phone number]

[e-mail address]

З повагою,

[signature]

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»