

## КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СЕМЬИ НА БЕСПЛАТНОЕ ПИТАНИЕ ИЛИ ПИТАНИЕ ПО СНИЖЕННОЙ ЦЕНЕ НА 2011/2012 УЧЕБНЫЙ ГОД

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

- Если Вы получили УВЕДОМЛЕНИЕ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ – БЕСПЛАТНОЕ ПИТАНИЕ от школьного округа, **не** заполняйте это заявление.
- См. «Инструкции по заполнению» на обороте формы.

**1 СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ**

Фамилия и имя человека, заполняющего это заявление (**печатными буквами**)

Фамилия и имя **печатными буквами**

Почтовый адрес – кв. № \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс \_\_\_\_\_

Домашний или сотовый телефон (обведите один вариант) \_\_\_\_\_

Рабочий телефон \_\_\_\_\_

➔ Количество человек, проживающих в данной семье \_\_\_\_\_  
(Укажите имена и фамилии **всех** жильцов в частях 2 и/или 4 этой формы)

**2 СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАЩИХСЯ**

Фамилия и имя ребенка

Школа

Класс

Дата рождения

Поставьте галочку, если ребенок приемный

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**3 ПОСОБИЯ**

Если кто-либо в семье получает пособие по программам SNAP или TANF, укажите имя, фамилию и номер дела лица, получающего пособие

Имя, фамилия \_\_\_\_\_

SNAP

Номер дела \_\_\_\_\_

Перейти к части 5 ниже

TANF

Участвует ли данная семья в Программе распределения пищи в индейских резервациях (Food Distribution on Indian Reservations, FDPRI)

**Да** (Перейдите к части 5 и заполните ее)

**4 ЧЛЕНЫ СЕМЬИ И ВАЛОВОЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД –**

если доход не является ежемесячным, см. методику перерасчета на обороте

| Колонка 1  | Колонка 2   | Колонка 3   | Колонка 4   | Колонка 5   | Колонка 6                 |
|--|---|---|---|---|---------------------------|
| Перечислите <b>всех</b> членов семьи, включая детей, которые не ходят в школу, и их доход. Не включайте в список учащихся, указанных в части 2, если только они не получают регулярный доход.<br>(Фамилия и имя) | ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД (Общая сумма оклада и сдельного заработка до вычетов) | ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА, МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ И АЛИМЕНТЫ | ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ПЕНСИИ, СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ПОСОБИЕ ПО СТАРОСТИ | ДРУГИЕ ВИДЫ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ДОХОДА – включая пособие по безработице и компенсационные выплаты работникам | Верной если нулевой ДОХОД |
| 1. _____   | _____   | _____   | _____   | _____   | <input type="checkbox"/>  |
| 2. _____   | _____   | _____   | _____   | _____   | <input type="checkbox"/>  |
| 3. _____   | _____   | _____   | _____   | _____   | <input type="checkbox"/>  |
| 4. _____   | _____   | _____   | _____   | _____   | <input type="checkbox"/>  |

**5 ПОДПИСЬ, ДАТА И последние четыре цифры НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (Взрослые должны подписать)**

Я удостоверяю (заверяю), что вся информация, содержащаяся в данном заявлении, является истинной (верной) и что был указан весь получаемый доход. Я понимаю, что школа получит федеральные средства на основании предоставленной мной информации. Я понимаю, что администрация школы может проверить информацию. Я понимаю, что если я предоставлю заведомо ложную информацию, мой ребенок может потерять льготы по питанию, а меня могут преследовать по закону.

Подпись взрослого члена семьи \_\_\_\_\_

Дата подписания \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения\* (См. «Положение о конфиденциальности» на обороте)

У меня нет номера социального обеспечения.

X \_\_\_\_\_

Месяц/день/год \_\_\_\_\_

X X X - X X - \_\_\_\_\_

**6 РАСОВАЯ ИЛИ ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)**

Укажите Вашу этническую принадлежность:

Испано- или латиноамериканец

Не испано- и не латиноамериканец

Укажите Вашу принадлежность к одной

Азиат

Американский индеец или коренной житель

Аляски

Чернокожий или афроамериканец

или более расам:

Белый, не испано- и не латиноамериканец

Коренной житель Гавайских островов или

других островов Тихого океана

Другое

**7** Я не хочу, чтобы моя информация передавалась сотрудникам Программы детского медицинского страхования штата

(State children's health Insurance program, SCHIP) Распишитесь здесь: \_\_\_\_\_

У меня есть ребенок (или детей), которые не имеют какой-либо медицинское страхование – частное медицинское страхование ни Орегон здоровье здоровых план детей. Я заинтересован в бесплатном или сокращение расходов на медицинское страхование для по крайней мере один из моих детей.  Да  нет

### ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКОЛОЙ – НЕ ПИШИТЕ НИЧЕГО ПОД ЭТОЙ ЛИНИЕЙ

Total Income: \_\_\_\_\_ Number in household: \_\_\_\_\_

Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Free based on:

SNAP/TANF

FDPRI

household income

foster child's Income

Reduced based on:

household income

foster child's income

Determining Official's Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Denied – Reason:

income too high

incomplete application

Temporary:

Free

Reduced

Until: \_\_\_\_\_ Until: \_\_\_\_\_

(maximum 45 days each)

## Инструкции по заполнению

- Если Ваша семья получает льготы по программе **SNAP, TANF** или **FDPIR**, заполните части 1,2 и 5; заполнять части 6 и 7 не обязательно.
- Если Вы не получаете эти льготы и Ваш **доход ниже** норм, заполните части 1, 2, 4 и 5; заполнять части 6 и 7 не обязательно.
- Если Ваша семья воспитывает **ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА**, заполните части 1, 2, 4 и 5; заполнять часть 6 и 7 не обязательно.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ДОХОДА ДЛЯ ОКЛАДА И СДЕЛЬНОГО ЗАРАБОТКА

**Ежемесячный доход** всех членов семьи должен быть указан в Части 4 данного заявления. Доход – это любые деньги, регулярно получаемые за работу, на содержание ребенка, а также алименты, пенсии, пособия по старости, социальное обеспечение и деньги, получаемые из любого другого источника. Исключите ссуды на обучение.

Члены семьи, которые получают доход не ежемесячно, должны произвести перерасчет своего дохода в ежемесячный следующим образом:

**Члены семьи, которые получают доход каждую неделю:** Умножьте общую сумму оклада и сдельного заработка за один платежный период, до вычетов, на 52. Затем разделите на 12. Получившееся значение – это общий ежемесячный доход.

**Члены семьи, которые получают доход раз в две недели:** Умножьте общую сумму оклада и сдельного заработка за один платежный период, до вычетов, на 26. Затем разделите на 12. Получившееся значение – это общий ежемесячный доход.

**Члены семьи, которые получают доход дважды в месяц:** Умножьте общую сумму оклада и сдельного заработка за один платежный период, до вычетов, на 24. Затем разделите на 12. Получившееся значение – это общий ежемесячный доход.

**Члены семьи, которые являются сезонными работниками или работают менее 12 месяцев:** Вычислите годовой размер дохода, чтобы он точно отражал действительные обстоятельства, а затем разделите на 12. Полученная сумма будет отражать ежемесячный доход.

Примечание: Деньги, полученные Вами от Вашего предприятия или фермы, должны указываться как «чистая прибыль». *Чистая прибыль определяется как общий доход, остающийся после вычета операционных расходов из валового дохода предприятия или фермы.*

### ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ДОХОД РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Ваш ребенок может иметь право как минимум на питание по сниженным ценам, если доход Вашей семьи находится в пределах сумм, указанных в данной таблице.

| Размер семьи                                     | Питание по сниженным ценам |              |                |                  |               |
|--|----------------------------|--------------|----------------|------------------|---------------|
|  | Годовой                    | Еже месячный | Дважды в месяц | Раз в две недели | Каждую неделю |
| -1-  | 20,147                     | 1,679        | 840            | 775              | 388           |
| -2-  | 27,214                     | 2,268        | 1,134          | 1,047            | 524           |
| -3-  | 34,281                     | 2,857        | 1,429          | 1,319            | 660           |
| -4-  | 41,348                     | 3,446        | 1,723          | 1,591            | 796           |
| -5-  | 48,415                     | 4,035        | 2,018          | 1,863            | 932           |
| -6-  | 55,482                     | 4,624        | 2,312          | 2,134            | 1,067         |
| -7-  | 62,549                     | 5,213        | 2,607          | 2,406            | 1,203         |
| -8-  | 69,616                     | 5,802        | 2,901          | 2,678            | 1,339         |
| Для каждого дополнительного члена семьи добавьте | 7,067                      | 589          | 295            | 272              | 136           |

### ПОЛОЖЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ – НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Национальный закон Ричарда Б. Рассела «О школьных обедах» (The Richard B. Russell National School Lunch Act) требует предоставления вышеуказанной информации. Вы не обязаны предоставлять информацию, но если Вы этого не сделаете, мы не сможем признать Вашего ребенка имеющим право на бесплатное питание или питание по сниженной цене. Вы обязаны указать последние четыре цифры номера социального обеспечения взрослого члена семьи, который подписывает заявление. Последние четыре цифры номера социального обеспечения не требуются, если Вы подаете заявление от имени приемного ребенка; либо если Вы указываете номер дела Вашего ребенка в Программе продовольственных талонов (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), в Программе временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) или идентификатор в Программе распределения пищи в индейских резервациях (Food Distribution on Indian Reservations, FDPIR) либо если Вы сообщаете о том, что взрослый член семьи, подписавший данное заявление, не имеет номера социального обеспечения. Мы будем использовать Вашу информацию для определения того, имеет ли Ваш ребенок право на бесплатное питание или питание по сниженной цене, а также для администрирования и реализации программ завтраков и обедов. Мы **можем** передать информацию о соответствии вашего ребенка упомянутым критериям в образовательные программы, программы здравоохранения и питания, чтобы помочь сотрудникам произвести оценку, определение и выплату льгот по данным программам; аудиторам для оценки программ; и сотрудникам правоохранительных органов, чтобы помочь им расследовать нарушение правил программ. Мы можем передать Вашу информацию в программу Medicaid или SCHIP, если только Вы не скажете нам не делать этого. Передача информации, содержащейся в данном заявлении, в программу Medicaid или в Программу медицинского страхования детей штата (State Children's Health Insurance Program, SCHIP) будет использоваться для выявления соответствующих критериям детей и их приглашения к участию в этих программах.

### ПОЛОЖЕНИЕ О НЕДИСКРИМИНАЦИИ

Ниже объясняется, что нужно делать, если Вы считаете, что с Вами обошлись несправедливо. В соответствии с Федеральным законом и политикой Министерства сельского хозяйства США в данном учреждении запрещена дискриминация по расовой или национальной принадлежности, цвету кожи, полу, возрасту или физическим недостаткам. Чтобы подать иск о дискриминации, напишите директору Бюро по разрешению споров (Office of Adjudication) Министерства сельского хозяйства США (USDA): USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; или позвоните по бесплатному номеру (866) 632-9992 (голосовой). Лица с нарушениями слуха и речи могут связаться с Министерством по федеральной линии переадресации телефонных вызовов по номеру (800) 877-8339 или (866) 845-6136 (для испаноговорящих лиц). Министерство сельского хозяйства США придерживается принципов равноправия при предоставлении услуг и найме на работу.