

ĐƠN XIN BỮA ĂN MIỄN PHÍ VÀ GIẢM GIÁ DÀNH CHO GIA ĐÌNH TRONG NĂM HỌC 2011/2012

THÔNG BÁO:

- Nếu quý vị nhận được THÔNG BÁO VỀ TÌNH TRẠNG HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN – BỮA ĂN MIỄN PHÍ từ khu học chánh, xin vui lòng **không** điền đơn xin này.
- Xin xem **Hướng Dẫn Điền Đơn Xin** ở mặt sau của mẫu đơn.

1 THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH *Viết tên của người điền đơn xin này bằng chữ in (Tên họ, Tên gọi)*

Số Điện Thoại Nhà hoặc Số ĐTDD (Khoanh Tròn Vào Một Ô) _____

Số Điện Thoại Tại Sở Làm _____

→ Số người cư ngụ trong gia đình _____
(Ghi tên của **tất cả** các thành viên trong gia đình trong mục 2 và/hoặc 4 của mẫu đơn này)

Tên **Viết Bằng Chữ In** _____
Địa Chỉ Bưu Tín – Số Căn Hộ _____
Thành Phố Tiểu Bang Số Zip Code _____

Gia đình này có được nhận FDPİR (Phân Phối Thực Phẩm Cho Các Bộ Tộc Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ) không Có (Điền các mục 2 và 5)

2 THÔNG TIN VỀ HỌC SINH

Tên Của Học Sinh (Tên họ, Tên gọi)	Trường	Cấp Lớp	Ngày Tháng Năm Sinh	Kiểm tra xem trẻ Foster
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

3 PHÚC LỢI/TRỢ CẤP Nếu nhà quý vị có người được nhận SNAP hoặc TANF, vui lòng cung cấp tên và số hồ sơ của thành viên gia đình được nhận trợ cấp

Tên _____ SNAP TANF Số hồ sơ _____ Tới Phần 5 ở dưới

Hộ gia đình này có nhận FDPİR (Food Distribution on Indian Reservations) không Có (Tới Phần 5 để điền)

4 CÁC THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH & TỔNG LỢI TỨC HÀNG THÁNG - nếu không phải là hàng tháng, xin xem mặt sau để biết mức chuyên đổi

Cột 1	Cột 2	Cột 3	Cột 4	CỘT 5	CỘT 6
Ghi tất cả các thành viên trong gia đình, kể cả những trẻ em không đi học, và lợi tức. Không nên tính tới các học sinh đã được ghi trong phần 2, trừ khi các em có nguồn lợi tức thường xuyên. (Tên họ, tên gọi)	LỢI TỨC HÀNG THÁNG (Tổng số tiền lương bổng kiểm được trước khi trừ các khoản)	TIỀN CHU CẤP NUÔI CON HÀNG THÁNG, PHÚC LỢI, TIỀN CẤP DƯỠNG CHO VỢ/CHỒNG ĐÃ LI DỊ MÀ QUÝ VỊ ĐƯỢC NHẬN	LƯƠNG HƯU, TRỢ CẤP HƯU TRÍ, AN SINH XÃ HỘI HÀNG THÁNG	LỢI TỨC HÀNG THÁNG KHÁC – Kể cả trợ cấp thất nghiệp và bồi thường tai nạn lao động.	Kiểm tra nếu Khôn LpiTNC
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

5 CHỮ KÝ, NGÀY & Bốn chữ số cuối cùng của SỐ AN SINH XÃ HỘI (Người lớn phải ký tên)

Tôi xác nhận (cam đoan) rằng tất cả các thông tin trong mẫu đơn xin này là đúng (chính xác) và tôi đã báo cáo toàn bộ các khoản lợi tức của mình. Tôi hiểu rằng trường sẽ được nhận trợ cấp Liên Bang dựa trên thông tin mà tôi cung cấp. Tôi hiểu rằng các viên chức của trường có thể xác minh (kiểm tra) thông tin đó. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai lệch, con tôi có thể không tiếp tục được nhận trợ cấp bữa ăn và tôi có thể bị truy tố.

Chữ Ký Của Thành Viên Gia Đình Đã Trường Thành _____ Ngày Ký _____ Tháng/ngày/năm _____

Số An Sinh Xã Hội* (Xin xem phần tuyên bố về sự riêng tư ở dưới) Tôi không có Số An Sinh Xã Hội.

X - - -

6 NHÓM SẮC TỘC HOẶC CHỦNG TỘC (KHÔNG BẮT BUỘC)

Đánh dấu vào một nguồn gốc chủng tộc: Người Thuộc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La Tinh Không phải Người Thuộc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La Tinh

Đánh dấu vào một hoặc nhiều nguồn gốc sắc tộc: Người Á Châu Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ & Thổ Dân Alaskan Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu

Người Da Trắng, không phải là Người Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha Thổ Dân Hawaii hoặc Thổ Dân Đảo Thái Bình Dương Khác Bộ Tộc Khác

7 Tôi không muốn chia sẻ thông tin cho Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế cho Trẻ Em Tiểu Bang (State Children's Health Insurance Program) Xin ký tên vào đây: _____

Tôi có một con (hoặc con), người này không có bất kỳ loại bảo hiểm y tế - không phải bảo hiểm y tế tư và cũng không Oregon Health Plan / Healthy Kids. Tôi quan tâm đến bảo hiểm y tế miễn phí hoặc giảm chi phí cho ít nhất một trong các con tôi. Có Không

SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income: _____ Number in household: _____ Date Withdrawn: _____

Free based on: SNAP/TANF FDPİR household income foster child's Income

Reduced based on: household income foster child's income

Denied – Reason: income too high incomplete application

Temporary: Free Reduced

Until: _____ Until: _____ (maximum 45 days each)

Determining Official's Signature : _____ Date _____

Hướng Dẫn Điền Đơn Xin

- Nếu quý vị được nhận **SNAP, TANF hoặc FDPIR**, xin điền các mục 1, 2 và 5; không bắt buộc phải điền các mục 6 và 7.
- Nếu quý vị không được nhận được các quyền lợi này và **lợi tức** của quý vị **thấp hơn** mức qui định, xin điền các mục 1, 2, 4 và 5; không bắt buộc phải điền các mục 6 và 7.
- Nếu quý vị là hộ gia đình có **NGƯỜI CON CHĂM NUÔI THEO HỢP ĐỒNG VỚI CHÍNH PHỦ**, xin điền các mục 1, 2, và 4; không bắt buộc phải điền phần 6 và 7.

XÁC ĐỊNH MỨC LỢI TỨC HÀNG THÁNG CHO SỐ TIỀN LƯƠNG BỔNG KIỂM ĐƯỢC

Mức lợi tức hàng tháng cho tất cả các thành viên trong gia đình phải được ghi trong Phần 4 của đơn xin này. Lợi tức có nghĩa là bất kỳ số tiền nào được nhận thường xuyên do đi làm, tiền chu cấp nuôi con, tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng đã li dị, trợ cấp hưu trí, lương hưu, trợ cấp an sinh xã hội hoặc bất kỳ nguồn nào khác. Không tính các khoản vay của trường/sinh viên.

Các thành viên trong gia đình **không** được trả lương hàng tháng cần chuyển đổi số tiền lương kiếm được thành lợi tức hàng tháng dựa trên nguyên tắc sau đây:

Các thành viên trong gia đình được trả lương hàng tuần: Nhân tổng số tiền lương bổng kiếm được cho một kỳ lương, trước khi trừ các khoản, với 52. Sau đó chia cho 12. Số tiền tính được sẽ là tổng lợi tức hàng tháng.

Các thành viên trong gia đình được trả lương 2 tuần một lần: Nhân toàn bộ số tiền lương bổng kiếm được trong một kỳ lương, trước khi trừ các khoản, với 26. Sau đó chia cho 12. Số tiền tính được sẽ là tổng lợi tức hàng tháng.

Các thành viên trong gia đình được trả lương hai lần một tháng: Nhân tổng số tiền lương bổng kiếm được trong một kỳ lương, trước khi trừ các khoản, với 24. Sau đó chia cho 12. Số tiền tính được sẽ là tổng lợi tức hàng tháng.

Các thành viên trong gia đình là nhân viên làm việc theo thời vụ hoặc làm việc chưa tới 12 tháng: Ước tính mức lợi tức hàng năm để thể hiện chính xác hoàn cảnh hiện tại, sau đó chia cho 12. Kết quả sẽ là mức lợi tức hàng tháng dự tính.

Lưu ý: Quý vị phải ghi tiền thù lao nhận được từ một cơ sở kinh doanh hoặc trang trại mình sở hữu theo diện "lợi tức thuần". *Lợi tức thuần được định nghĩa là tổng số tiền lợi tức còn lại sau khi trừ các khoản chi phí hoạt động của cơ sở kinh doanh và nông trại từ tổng doanh thu.*

QUI ĐỊNH HƯỚNG DẪN VỀ LỢI TỨC CỦA LIÊN BANG

Con quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận ít nhất là các bữa ăn được giảm giá nếu mức lợi tức của hộ gia đình quý vị nằm trong các giới hạn của bảng này.

Số người trong gia đình	GIẢM GIÁ BỮA ĂN				
	Hàng năm	Hàng tháng	Hai lần một tháng	Hai tuần một lần	Hàng tuần
-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
Đối với mỗi thành viên gia đình tính thêm, cộng thêm	7,067	589	295	272	136

TUYÊN BỐ VỀ SỰ RIÊNG TƯ - SỐ AN SINH XÃ HỘI

Đạo Luật Quốc Gia Về Bữa Trưa Tại Trường Richard B. Russell qui định phải cung cấp thông tin trong đơn xin này. Quý vị không bắt buộc phải cung cấp thông tin nhưng nếu quý vị không làm như vậy, chúng tôi không thể chấp thuận cho con quý vị nhận các bữa ăn miễn phí hoặc giảm giá. Quý vị phải ghi 4 chữ số cuối cùng của số an sinh xã hội của người lớn trong gia đình là người ký đơn xin này. Không bắt buộc phải cung cấp 4 chữ số cuối cùng của số an sinh xã hội khi quý vị nộp đơn xin thay mặt cho một đứa trẻ chăm nuôi hoặc quý vị ghi số hồ sơ SNAP, số hồ sơ Chương Trình Trợ Cấp Tạm Thời Cho Gia Đình Nghèo Túng (TANF), mã số nhận dạng Chương Trình Phân Phối Thực Phẩm Cho Các Bộ Tộc Châu Mỹ Da Đỏ (FDPIR) cho con quý vị hoặc người thuộc diện FDPIR khác hoặc khi quý vị cho biết rằng người lớn trong gia đình ký đơn xin này không có số an sinh xã hội. Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin mà quý vị cung cấp để xác định xem con quý vị có hội đủ điều kiện được nhận các bữa ăn miễn phí hoặc giảm giá hay không và để điều hành cũng như thi hành các chương trình ăn sáng và ăn trưa. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị cho các chương trình dinh dưỡng, y tế và giáo dục để giúp họ đánh giá, tài trợ hoặc xác định các quyền lợi cho chương trình của họ; các thanh tra viên duyệt xét chương trình; và các viên chức thi hành luật pháp để giúp họ xem xét các trường hợp vi phạm qui chế của chương trình. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin của quý vị trong mẫu đơn này cho Medicaid hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Trẻ Em của Tiểu Bang (SCHIP), trừ khi quý vị yêu cầu chúng tôi không được làm như vậy. Nếu được tiết lộ, thông tin này sẽ được xác định các em hội đủ điều kiện và ghi tên cho các em tham gia Medicaid hoặc SCHIP.

TUYÊN BỐ KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phần này cho biết những việc cần làm khi quý vị nghĩ rằng quý vị bị đối xử bất công. "Theo luật của Liên bang và chính sách của Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ, cơ quan này bị nghiêm cấm sự phân biệt trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc dân tộc, giới tính, tuổi hay sự thiếu năng. Để nộp đơn khiếu nại về sự phân biệt, hãy viết cho USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 hoặc gọi số miễn phí (866) 632-9992 (thoại). Những người khiếm thính hoặc có khuyết tật về nói năng có thể liên hệ với USDA qua Federal Relay theo số (800) 877-8339 (TDD) hay (866) 845-6136 (tiếng Tây ban nha). USDA là nhà tuyển dụng và nhà cung cấp cơ hội công bằng.