

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СЕМЬИ НА БЕСПЛАТНОЕ ПИТАНИЕ ИЛИ ПИТАНИЕ ПО СНИЖЕННОЙ ЦЕНЕ НА 2009/2010 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)

Участвует ли данная семья в Программе распределения пищи в индейских резервациях (Food Distribution on Indian Reservations, FDPiR)? Да (Заполните части 2 и 5)

2 СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАЩИХСЯ

Номер дела по программе Food Stamp или TANF для каждого ребенка, получающего пособие по социальному обеспечению

Фамилия и имя ребенка

Школа

Класс

Дата рождения

1.	2.	3.	4.	5.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3 СВЕДЕНИЯ О ПРИЕМНОМ РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНИТЕ ОТДЕЛЬНУЮ ФОРМУ НА КАЖДОГО ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА)

Фамилия и имя ребенка

Школа

Класс

Дата рождения

Сумма на личные расходы ребенка в месяц

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 всех 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. (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 НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Я удостоверяю (заверяю), что вся информация, содержащаяся в данном заявлении, является истинной (верной) и что был указан весь получаемый доход. Я понимаю, что эта информация будет использоваться в связи с получением федерального пособия; что государственные чиновники могут удостовериться в истинности (проверить) эту информацию; и что умышленное искажение информации может сделать меня объектом преследования по законам штата и федеральным законам.

Подпись взрослого члена семьи

Дата подписания

Номер социального обеспечения*

У меня нет номера социального обеспечения.

X _____

Месяц/день/год

(См. «Положение о конфиденциальности» на обороте)

6 РАСОВАЯ ИЛИ ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)

Укажите Вашу этническую принадлежность:

Укажите Вашу принадлежность к одной

или более расам:

- Испано- или латиноамериканец
 Не испано- и не латиноамериканец

- Азиат
 Американский индеец или коренной житель Аляски
 Чернокожий или афроамериканец

- Белый, не испано- и не латиноамериканец
 Коренной житель Гавайских островов или других островов Тихого океана
 Другое

Я не хочу, чтобы моя информация передавалась сотрудникам Программы детского медицинского страхования штата (State Children's Health Insurance Program, SCHIP) Распишитесь здесь:

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКОЛОЙ – НЕ ПИШИТЕ НИЧЕГО ПОД ЭТОЙ ЛИНИЕЙ

Total Income: _____ Number in household: _____ Date Withdrawn: _____

Free based on: Reduced based on: Denied – Reason: Temporary:

food stamp/TANF household income income too high Free

FDPiR foster child's income incomplete application Reduced

household income foster child's Income Determining Official's Signature : _____ Date _____ Until: _____ Until: _____

(maximum 45 days each)

Инструкции по заполнению

- Если Ваша семья получает льготы по программе **FOOD STAMPS, 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 Вы подаете заявление на **ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА**, заполните части 1, 3 и 5; заполнять часть 6 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.

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.*

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ НОРМЫ ДОХОДА

Ваши дети могут иметь право на получение питания, по крайней мере, по сниженной цене, если доход вашей семьи не превышает указанных в данной таблице пределов.

Размер семьи	Питание по сниженной цене		
	Ежегодный	Ежемесячный	Еженедельный
-1-	20,036	1,670	386
-2-	26,955	2,247	519
-3-	33,874	2,823	652
-4-	40,793	3,400	785
-5-	47,712	3,976	918
-6-	54,631	4,553	1,051
-7-	61,550	5,130	1,184
-8-	68,469	5,706	1,317
Если в Вашей семье больше 8 человек, на каждого члена семьи прибавляйте:	6,919	577	134

ПОЛОЖЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ – НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

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 номер социального обеспечения взрослого члена семьи, который подписывает заявление. Номер социального обеспечения не требуется, если Вы подаете заявление от имени приемного ребенка; либо если Вы указываете номер дела Вашего ребенка в Программе продовольственных талонов (Food Stamp Program), Программе временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) или Программе распределения пищи в индейских резервациях (Food Distribution on Indian Reservations, FDPIR), или другой идентификатор 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 в программу Medicaid или SCHIP будет использоваться для выявления соответствующих критериям детей и их приглашения к участию в этих программах.

ПОЛОЖЕНИЕ О НЕДИСКРИМИНАЦИИ

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 гражданским правам (Office of Civil Rights) 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). Пользователи линии TDD могут связаться с Министерством по местной или федеральной линии переадресации телефонных вызовов по телефону (800) 877-8339 (TDD) или (866) 377-8642 (для пользователей голосовой линии). Министерство сельского хозяйства США придерживается принципов равноправия при предоставлении услуг и найме на работу.