ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΔΩΡΕΑΝ ΚΑΙ ΣΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ

ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ _____-_____

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ

Στο παρόν πακέτο περιλαμβάνονται:

Απαιτούμενα έγγραφα που παρέχονται *υποχρεωτικά* στα νοικοκυριά:

- Επιστολή προς τα νοικοκυριά
- Αίτηση για Χορήγηση Σχολικών Γευμάτων Δωρεάν και σε Μειωμένη Τιμή
- Ειδοποίηση της Έγκρισης/Άρνησης της Παροχής[1] στα Νοικοκυριά (η ειδοποίηση είναι υποχρεωτική σε περίπτωση απόρριψης της αίτησης ενός νοικοκυριού)

Απαιτούμενα έγγραφα για τα νοικοκυριά που επιλέγονται για έλεγχο των στοιχείων τεκμηρίωσης της επιλεξιμότητας:

- Ειδοποίηση Επιλογής για Έλεγχο της Επιλεξιμότητας
- Επιστολή Αποτελεσμάτων Ελέγχου

Προαιρετικό υλικό που αφορά σ την αίτηση και το οποίο παρέχεται *προαιρετικά* στα νοικοκυριά:

- Κοινοποίηση των πληροφοριών στα προγράμματα Medicaid/SCHIP
- Κοινοποίηση των πληροφοριών σε άλλα προγράμματα
- Ειδοποίηση της Έγκρισης/Άρνησης της Παροχής[1] στα Νοικοκυριά [1] (η ειδοποίηση είναι προαιρετική σε περίπτωση αποδοχής της αίτησης ενός νοικοκυριού)
- Ειδοποίηση Αυτόματης Χορήγησης

Οι σελίδες είναι διαμορφωμένες για να εκτυπώνονται σε χαρτί διαστάσεων 21x28 εκ. Ορισμένες σελίδες μπορούν να εκτυπώνονται και στις δύο όψεις ενός φύλλου. Θα χρειαστεί να προσδιορίσετε τις παροχές που προσφέρει το σχολείο σας, όπως είναι τα ελαφριά γεύματα μετά το σχολείο. Τα **[bold, bracketed fields]** υποδεικνύουν το πεδίο όπου πρέπει να καταχωρήσετε πληροφορίες που αφορούν στη σχολική περιφέρεια. Για παράδειγμα, πρέπει να συμπεριλάβετε τον τηλεφωνικό αριθμό χωρίς χρέωση της περιφέρειάς σας σε περίπτωση που χρειαστεί η βοήθειά σας στην επαλήθευση των ελεγχόμενων στοιχείων. Εάν τα εν λόγω έντυπα δεν έχουν τροποποιηθεί έτσι ώστε να περιλαμβάνεται η ονομασία του αντίστοιχου προγράμματος που ισχύει στην πολιτεία σας για το Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) πρώην Food Stamp Program, για το Temporary Assistance to Needy Families (TANF), το State Children's Health Insurance Program (SCHIP) ή το Food Distribution Program on Indian Reservations(FDPIR), εάν υπάρχει, τότε θα πρέπει να καταχωρήσετε όλα αυτά τα στοιχεία κατά περίπτωση. Αυτό το πρότυπο πακέτο αιτήσεων περιλαμβάνει πληροφορίες αναφορικά με την εξαίρεση από την παροχή στεγαστικού επιδόματος όσων συμμετέχουν στο πρόγραμμα Military Housing Privatization Initiative (Πρωτοβουλία Ιδιωτικοποίησης Κατοικιών για Στρατιωτικούς). Εάν δεν ισχύει στη δική σας σχολική περιφέρεια, προβείτε στη σχετική τροποποίηση.
Είναι πιθανό να υποχρεούστε να υποβάλετε το πακέτο αιτήσεων στην αρμόδια δημόσια υπηρεσία για έγκριση. Εάν έχετε απορίες, επικοινωνήστε με τη διεύθυνση:

[State agency address]

[1]Όλα τα νοικοκυριά πρέπει να ειδοποιηθούν σχετικά με το εάν δικαιούνται την παροχή. Τα νοικοκυριά με παιδιά των οποίων η αίτηση απορρίπτεται πρέπει να ειδοποιούνται γραπτώς για την απόρριψη. Στην ειδοποίηση θα πρέπει να αναφέρεται ο λόγος απόρριψης της αίτησης, το δικαίωμα άσκησης έφεσης, να παρέχονται οδηγίες για την άσκηση της έφεσης, και να αναφέρεται ότι η οικογένεια μπορεί να υποβάλει εν νέου Αίτηση για Γεύματα Δωρεάν ή Γεύματα σε Μειωμένη Τιμή στη διάρκεια του σχολικού έτους. Τα νοικοκυριά με παιδιά των οποίων γίνεται δεκτή η αίτηση, μπορούν να ενημερώνονται γραπτώς ή προφορικώς.

[INSERT SCHOOL DISTRICT LETTERHEAD]

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Τα παιδιά έχουν ανάγκη από υγιεινά γεύματα που ενισχύουν τις μαθησιακές τους δεξιότητες. Το **[Name of School]** παρέχει υγιεινά γεύματα κάθε εργάσιμη ημέρα για το σχολείο στην τιμή των **[$]** για το πρωινό και των **[$]** για το μεσημεριανό. Τα παιδιά σας ενδέχεται να δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. Η μειωμένη τιμή είναι **[$]** για το πρωινό και **[$]** για το μεσημεριανό.

1. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΩ ΧΩΡΙΣΤΗ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙ; Όχι. Συμπληρώστε την αίτηση για χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. *Χρησιμοποιήστε την ίδια Αίτηση για Χορήγηση Σχολικών Γευμάτων Δωρεάν ή σε Μειωμένη Τιμή για όλους τους μαθητές του νοικοκυριού σας.* Οι ελλιπείς αιτήσεις απορρίπτονται, για τον λόγο αυτό, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλα τα υποχρεωτικά πεδία. Αποστείλετε ταχυδρομικά τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση: **[name, address, phone number]**.
2. ΠΟΙΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ ΓΕΥΜΑΤΑ; Τα παιδιά των νοικοκυριών που λαμβάνουν παροχές από τα προγράμματα **[State SNAP], [the Food Distribution Program on Indian Reservations]** ή το **[State TANF]**, ανεξαρτήτως του εισοδήματός τους. Επίσης, τα παιδιά σας ενδέχεται να δικαιούνται δωρεάν σίτιση εάν το εισόδημα του νοικοκυριού δεν υπερβαίνει τα όρια δωρεάν σίτισης βάσει των Ομοσπονδιακών Οδηγιών περί Εισοδηματικών Κριτηρίων.
3. ΤΑ ΘΕΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ ΓΕΥΜΑΤΑ; Ναι, τα παιδιά που βρίσκονται υπό τη νόμιμη κηδεμονία κρατικής υπηρεσίας φροντίδας θετών παιδιών ή δικαστηρίου δικαιούνται δωρεάν σίτιση. Όλα τα παιδιά που έχουν υιοθετηθεί από νοικοκυριά δικαιούται δωρεάν σίτιση ανεξαρτήτως εισοδήματος.
4. ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ ΓΕΥΜΑΤΑ ΤΑ ΑΣΤΕΓΑ ΠΑΙΔΙΑ, ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΕΙ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ**;** Ναι, παιδιά που εμπίπτουν στον ορισμό των άστεγων παιδιών, των παιδιών που έχουν εγκαταλείψει το σπίτι ή των παιδιών μεταναστών δικαιούνται δωρεάν σίτιση. Εάν δεν έχετε ενημερωθεί για το εάν τα παιδιά σας δικαιούνται δωρεάν σίτιση, επικοινωνήστε τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με το **[school, homeless liaison or migrant coordinator information]** για να ενημερωθείτε εάν δικαιούνται την παροχή.
5. ΠΟΙΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΓΕΥΜΑΤΑ ΣΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ; Τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα σε μειωμένη τιμή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού δεν υπερβαίνει τα όρια χορήγησης γευμάτων σε μειωμένη τιμή βάσει του Ομοσπονδιακού Πίνακα Εισοδηματικών Κριτηρίων που παρατίθεται στην παρούσα αίτηση.
6. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΩ ΑΙΤΗΣΗ ΕΑΝ ΕΧΩ ΛΑΒΕΙ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΟΤΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΓΕΥΜΑΤΑ ΔΩΡΕΑΝ Η ΣΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ; Διαβάστε προσεχτικά την επιστολή που λάβατε και ακολουθήστε τις οδηγίες. Εάν έχετε απορίες , επικοινωνήστε με το σχολείο στον αριθμό **[phone number]**.
7. Η ΑΙΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ ΠΕΡΥΣΙ. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΩ ΝΕΑ ΑΙΤΗΣΗ; Ναι. Η αίτηση του παιδιού σας ίσχυε μόνο για το περσινό σχολικό έτος και τις πρώτες μέρες του φετινού σχολικού έτους. Πρέπει να υποβάλετε νέα αίτηση, εκτός εάν το σχολείο σάς ειδοποίησε ότι το παιδί σας δικαιούται την παροχή για το νέο σχολικό έτος.
8. ΛΑΜΒΑΝΩ ΤΟ ΕΠΙΔΟΜΑ WIC (ΓΥΝΑΙΚΕΣ, ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ). ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΔΩΡΕΑΝ ΣΙΤΙΣΗ; Τα παιδιά οικογενειών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα WIC ενδέχεται να πληρούν τις προϋποθέσεις χορήγησης γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. Παρακαλείσθε να υποβάλετε αίτηση.
9. ΘΑ ΕΛΕΓΧΘΟΥΝ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΩ; Ναι και ενδέχεται να σας ζητήσουμε να προσκομίσετε δικαιολογητικά.

10. ΕΑΝ ΔΕΝ ΠΛΗΡΩ ΤΙΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΩΡΑ, ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΩ ΑΙΤΗΣΗ ΑΡΓΟΤΕΡΑ; Ναι. Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση ανά πάσα στιγμή στη διάρκεια του σχολικού έτους. Παραδείγματος χάριν, τα παιδιά των οποίων ο γονιός ή κηδεμόνας μένει άνεργος γίνονται επιλέξιμα για γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή σε περίπτωση που το εισόδημα του νοικοκυριού υποχωρήσει κάτω από το εισοδηματικό όριο.
11. ΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΟΥ; Θα πρέπει να απευθυνθείτε στους αρμόδιους του σχολείου. Μπορείτε, επίσης, να ζητήσετε ακρόαση τηλεφωνικώς ή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση: **[name, address, phone number, e-mail]**.
12. ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΩ ΑΙΤΗΣΗ ΕΑΝ ΚΑΠΟΙΟ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΜΕΡΙΚΑΝΟΣ ΠΟΛΙΤΗΣ; Ναι. Δεν είναι απαραίτητο να είστε Αμερικανοί πολίτες εσείς ή το/τα παιδί/ιά σας για να δικαιούστε γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
13. ΠΟΙΟΙ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΙ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΜΟΥ; Συμπεριλαμβάνονται όλοι όσοι ζουν στο νοικοκυριό σας, συγγενείς ή μη (όπως παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι), οι οποίοι συμμετέχουν στα έσοδα και τα έξοδα. Θα πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας. Εάν ζείτε με άλλα άτομα που είναι οικονομικά ανεξάρτητα (π.χ. άτομα που δεν στηρίζετε οικονομικά και τα οποία δεν μοιράζονται το εισόδημα τους με σας ή τα παιδιά σας και που πληρώνουν ένα προκαθορισμένο μερίδιο των δαπανών), δεν θα πρέπει να τα συμπεριλάβετε.
14. ΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΕΑΝ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΜΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΤΑΘΕΡΟ; Καταχωρείτε το ποσό που λαμβάνετε συνήθως. Για παράδειγμα, εάν το μηνιαίο σας εισόδημα συνήθως ανέρχεται σε $1000, αλλά τον προηγούμενο μήνα χάσατε κάποια ημερομίσθια και συγκεντρώσατε μόνο $900, καταχωρήστε ως μηνιαίο εισόδημα $1000. Συμπεριλάβετε τις υπερωρίες μόνο εάν τις λαμβάνετε σε τακτική βάση. Εάν έχετε χάσει τη δουλειά σας ή μειώθηκαν οι ώρες ή ο μισθός σας, καταχωρήστε το τρέχον εισόδημά σας.
15. ΕΙΜΑΣΤΕ ΣΤΟΝ ΣΤΡΑΤΟ. ΤΟ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ; Εάν λαμβάνετε επίδομα κατοικίας εκτός έδρας, πρέπει να συμπεριληφθεί στο εισόδημα. Εάν, όμως, η στέγασή σας υπάγεται στο πρόγραμμα Military Housing Privatization Initiative , δεν χρειάζεται να συμπεριλάβετε το στεγαστικό επίδομα στο εισόδημα.
16. Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΜΟΥ ΥΠΗΡΕΤΕΙ ΣΕ ΕΜΠΟΛΕΜΗ ΖΩΝΗ. Η ΑΜΟΙΒΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΕ ΕΜΠΟΛΕΜΗ ΖΩΝΗ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑ; Όχι, σε περίπτωση που η αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη καταβάλλεται επιπλέον του βασικού μισθού λόγω της κατάταξής της και δεν καταβαλλόταν πριν την κατάταξή της δεν θεωρείται εισόδημα. Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο σχολείο σας.
17. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΒΟΗΘΕΙΑ. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΟΥΜΕ ΑΙΤΗΣΗ; Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την υποβολή αίτησης στο **[State SNAP]** ή σε άλλες οικονομικές παροχές, απευθυνθείτε στο γραφείο βοήθειας της περιοχής σας ή καλέστε στον αριθμό **[State hotline number]**.

Εάν έχετε άλλες απορίες, καλέστε στον αριθμό **[phone number]**.

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

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

Μετά τιμής,

[signature]

ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙ Ή ΕΝΗΛΙΚΑΣ ΠΟΥ ΖΕΙ ΜΑΖΙ ΣΑΣ.

ΕΑΝ ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ ΣΑΣ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ [State SNAP], [State TANF] [Η ΤΟ FOOD DISTRIBUTION PROGRAM Η ΤΟ INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)], ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΟΔΗΓΙΕΣ:

Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα μέλη του νοικοκυριού και το αντίστοιχο όνομα σχολείου για κάθε παιδί.
Μέρος 2: Παραθέστε τον αριθμό μητρώου για κάθε μέλος του νοικοκυριού (συμπεριλαμβανομένων των ενηλίκων) που λαμβάνει παροχές από τα προγράμματα **[State SNAP], [State TANF]** ή **[FDPIR]**.
Μέρος 3: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 4: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 5: Υπογράψτε την αίτηση. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης **δεν** είναι υποχρεωτικά.
Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική.

ΕΑΝ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ ΣΑΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ **[State SNAP]** ΚΑΙ **[State TANF]** ΚΑΙ ΕΑΝ ΚΑΠΟΙΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΣΤΕΓΟ, ΠΑΙΔΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ Η ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΕΙ ΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΟΔΗΓΙΕΣ:

Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα μέλη του νοικοκυριού και το αντίστοιχο όνομα σχολείου για κάθε παιδί.
Μέρος 2: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 3: Εάν το παιδί για το οποίο υποβάλετε αίτηση είναι άστεγο, παιδί μεταναστών ή παιδί που έχει εγκαταλείψει το σπίτι, σημειώστε το αντίστοιχο πλαίσιο και καλέστε **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].**
Μέρος 4: Συμπληρώστε αυτή την ενότητα μόνο εάν κάποιο παιδί στο νοικοκυριό σας δεν είναι επιλέξιμο σύμφωνα με το Μέρος 3. Ανατρέξτε στις οδηγίες που ισχύουν για Όλα τα Υπόλοιπα Νοικοκυριά.
Μέρος 5: Υπογράψτε την αίτηση. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι υποχρεωτικά εάν δεν έπρεπε να συμπληρώσετε το Μέρος 4.
Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική.

ΕΑΝ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΘΕΤΟ ΠΑΙΔΙ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΟΔΗΓΙΕΣ:

Εάν <u>όλα</u> τα παιδιά στο νοικοκυριό είναι θετά:
Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα θετά παιδιά και το αντίστοιχο όνομα σχολείου για κάθε θετό παιδί. Σημειώστε το πλαίσιο που υποδεικνύει ότι το παιδί είναι θετό.
Μέρος 2: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 3: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 4: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 5: Υπογράψτε την αίτηση. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης **δεν** είναι υποχρεωτικά.
Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική.

Εάν ορισμένα από τα παιδιά στο νοικοκυριό είναι θετά:
Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα θετά παιδιά και το αντίστοιχο όνομα σχολείου για κάθε παιδί. Για κάθε μέλος με μηδενικό εισόδημα, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, πρέπει να σημειώστε το πλαίσιο «Μηδενικό Εισόδημα». Επιλέξτε το αντίστοιχο πλαίσιο εάν το παιδί είναι θετό.
Μέρος 2: Εάν το νοικοκυριό δεν έχει αριθμό μητρώου, παραλείψτε αυτή την ενότητα.

Μέρος 3: Εάν οποιοδήποτε παιδί για το οποίο υποβάλετε αίτηση είναι άστεγο, παιδί μεταναστών ή παιδί που έχει εγκαταλείψει το σπίτι, σημειώστε το αντίστοιχο πλαίσιο και καλέστε **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].** Σε διαφορετική περίπτωση παραλείψτε αυτή την ενότητα.

Μέρος 4: Ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες για να δηλώσετε το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού για αυτόν ή τον τελευταίο μήνα.

- **Πλαίσιο 1 – Όνομα:** Καταγράψτε όλα τα μέλη του νοικοκυριού που έχουν εισόδημα.
- **Πλαίσιο 2 – Ακαθάριστο εισόδημα και περιοδικότητα καταβολής.** Για κάθε μέλος του νοικοκυριού, αναφέρετε τον τύπο του εισοδήματος που καταβλήθηκε τον αντίστοιχο μήνα. Πρέπει να διευκρινίσετε την **περιοδικότητα** καταβολής -κάθε εβδομάδα, κάθε 15μερο, δύο φορές τον μήνα ή μηνιαίως. Όσον αφορά στα κέρδη, βεβαιωθείτε ότι έχετε καταχωρήσει το **ακαθάριστο εισόδημα** και όχι το καθαρό εισόδημα. Το ακαθάριστο εισόδημα είναι το ποσό που λαμβάνετε *προ* φόρων και λοιπών κρατήσεων. Για το ποσό αυτό ανατρέξτε στο απόκομμα μισθοδοσίας ή απευθυνθείτε στον εργοδότη σας. Όσον αφορά σε όλα τα υπόλοιπα εισοδήματα, καταχωρήστε το ποσό που έλαβε κάθε άτομο αυτόν τον μήνα από πρόνοια, επιδόματα διατροφής παιδιών, διατροφή, συντάξεις, Κοινωνική Ασφάλιση, Συμπληρωματικό Εισόδημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Supplemental Security Income - SSI), Επίδομα Βετεράνων (VA), και επιδόματα αναπηρίας. Στη στήλη *Όλα τα Υπόλοιπα Εισοδήματα*, καταχωρήστε Εργατικές Αποζημιώσεις, επίδομα ανεργίας ή απεργίας, τακτικές εισφορές από άτομα τα οποία δεν ζουν στο νοικοκυριό σας, και οποιοδήποτε άλλο εισόδημα. Μην περιλαμβάνετε τα έσοδα από τα προγράμματα SNAP, FDPIR, WIC, τις παροχές ομοσπονδιακής εκπαίδευσης και τα εισοδήματα που εισπράττει η οικογένεια για τα θετά παιδιά από την Υπηρεσία Υιοθεσίας. ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ οι ελεύθεροι επαγγελματίες, πρέπει στη στήλη *Κέρδη από την Εργασία να καταχωρήσουν* τα καθαρά έσοδα. Αυτό αφορά την επιχειρηματική ή αγροτική δραστηριότητα, καθώς και τα έσοδα από εκμισθώσεις. Εάν υπάγεστε στο πρόγραμμα Military Privatized Housing Initiative ή λαμβάνετε αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη, μην περιλαμβάνετε αυτά τα επιδόματα στο εισόδημα.

Μέρος 5: Η αίτηση πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού και πρέπει να καταχωρηθούν τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης του υπογεγραμμένου μέλους (εάν δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης, να σημειώνεται το πλαίσιο).

Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική.

ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ WIC, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΟΥΝ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΟΔΗΓΙΕΣ:

Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα μέλη του νοικοκυριού και το αντίστοιχο όνομα σχολείου για κάθε παιδί. Για κάθε μέλος με μηδενικό εισόδημα, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, πρέπει να σημειώστε το πλαίσιο «Μηδενικό Εισόδημα». Επιλέξτε το αντίστοιχο πλαίσιο εάν το παιδί είναι θετό.

Μέρος 2: Εάν το νοικοκυριό δεν έχει αριθμό μητρώου, παραλείψτε αυτή την ενότητα.

Μέρος 3: Εάν οποιοδήποτε παιδί για το οποίο υποβάλετε αίτηση είναι άστεγο, παιδί μεταναστών ή παιδί που έχει εγκαταλείψει το σπίτι, σημειώστε το αντίστοιχο πλαίσιο και καλέστε **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].** Σε διαφορετική περίπτωση παραλείψτε αυτή την ενότητα.

Μέρος 4: Ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες για να δηλώσετε το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού για αυτόν ή τον τελευταίο μήνα.

- **Πλαίσιο 1–Όνομα:** Καταγράψτε όλα τα μέλη του νοικοκυριού που έχουν εισόδημα.
- **Στήλη 2 –Ακαθάριστο εισόδημα και περιοδικότητα καταβολής.** Για κάθε μέλος του νοικοκυριού, αναφέρετε τον τύπο του εισοδήματος που καταβλήθηκε τον αντίστοιχο μήνα. Πρέπει να διευκρινίσετε την **περιοδικότητα** καταβολής -κάθε εβδομάδα, κάθε 15μερο, δύο φορές τον μήνα ή μηνιαίως. Όσον αφορά στα κέρδη, βεβαιωθείτε ότι έχετε καταχωρήσει το **ακαθάριστο εισόδημα** και όχι το καθαρό εισόδημα. Το ακαθάριστο εισόδημα είναι το ποσό που λαμβάνετε *προ* φόρων και λοιπών κρατήσεων. Για το ποσό αυτό ανατρέξτε στο απόκομμα μισθοδοσίας ή απευθυνθείτε στον εργοδότη σας. Όσον αφορά στα υπόλοιπα εισοδήματα, καταχωρήστε το ποσό που έλαβε κάθε άτομο αυτόν τον μήνα από πρόνοια, επιδόματα διατροφής παιδιών, διατροφή, συντάξεις, Κοινωνική Ασφάλιση, Συμπληρωματικό Εισόδημα Κοινωνικής Ασφάλισης (SSI), Επίδομα Βετεράνων (VA), και επιδόματα αναπηρίας. Στη στήλη *Όλα τα Υπόλοιπα Εισοδήματα*, καταχωρήστε Εργατικές Αποζημιώσεις, επίδομα ανεργίας ή απεργίας, τακτικές εισφορές από άτομα τα οποία δεν μένουν στο νοικοκυριό σας, και οποιοδήποτε άλλο εισόδημα. Μην περιλαμβάνετε το εισόδημα από τα προγράμματα SNAP, FDPIR, WIC ή τις παροχές ομοσπονδιακής εκπαίδευσης και τα εισοδήματα που εισπράττει η οικογένεια για τα

θετά παιδιά από την Υπηρεσία Υιοθεσίας. ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ οι ελεύθεροι επαγγελματίες, πρέπει στη στήλη *Κέρδη από την Εργασία να καταχωρήσουν* τα καθαρά έσοδα. Αυτό αφορά την επιχειρηματική ή αγροτική δραστηριότητα, καθώς και τα έσοδα από εκμισθώσεις. Εάν υπάγεστε στο πρόγραμμα Military Privatized Housing Initiative ή λαμβάνετε αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη, μην περιλαμβάνετε αυτά τα επιδόματα στο εισόδημα.

Μέρος 5: Το έντυπο πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού και πρέπει να συμπληρωθούν τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης του υπογεγραμμένου μέλους (εάν δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης, να σημειώνεται το πλαίσιο).

Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΔΩΡΕΑΝ Ή ΣΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ

ΜΕΡΟΣ 1. ΟΛΑ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

Ονόματα <u>όλων</u> των μελών του νοικοκυριού (Όνομα, μεσαίο όνομα, επώνυμο)	Όνομα σχολείου για κάθε παιδί ή σημειώστε «Δ/Υ» εάν το παιδί δεν πηγαίνει σχολείο	Σημειώστε το πλαίσιο εάν πρόκειται για θετό παιδί (υπό την επιμέλεια οργανισμού πρόνοιας ή δικαστηρίου) * Εάν όλα τα παιδιά που αναγράφονται παρακάτω είναι θετά, προχωρήστε κατευθείαν στο Μέρος 5 για να υπογράψετε την παρούσα αίτηση.	Σημειώστε εάν το εισόδημα είναι ΜΗΔΕΝΙΚΟ
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑

ΕΑΝ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΣΑΣ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ , Η , ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΜΗΤΡΩΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΙΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ **ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ ΜΕΡΟΣ 5**. **ΑΝ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΤΕΤΟΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ, ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ ΜΕΡΟΣ 3.**

ΟΝΟΜΑ:_____ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

ΜΕΡΟΣ 3. ΕΑΝ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΑΣΤΕΓΟ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ Η ΕΧΕΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΕΙ ΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΚΑΛΕΣΤΕ
ΑΣΤΕΓΟ ❑ ΠΑΙΔΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ❑ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΕΙ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ❑

ΜΕΡΟΣ 4. ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ Πρέπει να συμπληρώστε το ποσό και την περιοδικότητα καταβολής.

1. ΟΝΟΜΑ (Συμπληρώστε μόνο τα μέλη του νοικοκυριού με εισόδημα)	2. ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ			
	Κέρδη από εργασία προ κρατήσεων	Πρόνοια, επίδομα διατροφής για παιδιά, διατροφή	Συντάξεις, κοινωνική ασφάλιση, παροχές SSI, VA	Όλα τα υπόλοιπα εισοδήματα
(Παράδειγμα) Jane Smith	$<u>199.99/εβδομαδιαίως</u>	$<u>149.99/κάθε 15μερο</u>	$<u>99.99/μηνιαίως</u>	$<u>50.00/μηνιαίως</u>
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

ΜΕΡΟΣ 5. ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΤΕΣΣΕΡΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΨΗΦΙΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΥΠΟΓΡΑΦΕΙ ΕΝΗΛΙΚΟ ΜΕΛΟΣ)

Η αίτηση πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού. **Εάν έχει συμπληρωθεί το Μέρος 4, ο υπογεγραμμένος ενήλικας πρέπει επίσης να συμπληρώσει τα τελευταία τέσσερα ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης ή να σημειώσει το πλαίσιο «Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης»** (Για τη Δήλωση ανατρέξτε στην οπίσθια σελίδα).

Βεβαιώνω (υπόσχομαι) ότι όλες οι πληροφορίες που αναγράφονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθείς και ότι έχουν δηλωθεί όλα τα εισοδήματα. Αντιλαμβάνομαι ότι το σχολείο θα λάβει ομοσπονδιακή επιχορήγηση βάσει των πληροφοριών που παρέχω. Αποδέχομαι το γεγονός ότι οι αρμόδιοι του σχολείου δύνανται να επαληθεύσουν (ελέγξουν) τις πληροφορίες. Αντιλαμβάνομαι ότι σε περίπτωση που παρείχα εσκεμμένα ψευδείς πληροφορίες, τα παιδιά μου ενδέχεται να χάσουν τις παροχές σίτισης και ενδέχεται να ασκηθεί εις βάρος μου ποινική δίωξη.

Υπογραφή: _____ Ονοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία: _____

Διεύθυνση: _____ Τηλέφωνο: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. Κώδικας: _____

Τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης: * * * - * * - __ __ __ __

❑ Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης

ΜΕΡΟΣ 6. ΦΥΛΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ)

Επιλέξτε μία εθνικότητα:	*Επιλέξτε μία ή περισσότερες φυλετικές ταυτότητες (ανεξαρτήτως εθνικότητας):*		
❑ Ισπανική/ λατινική	❑ Ασιατική	❑ Ιθαγενής Αμερικανικής Ινδιανικής καταγωγής ή από την Αλάσκα	❑ Μαύρη ή αφροαμερικανική
❑ Μη ισπανική/ λατινική	❑ Λευκή	❑ Ιθαγενής της Χαβάης ή άλλου νησιού του Ειρηνικού	

ΜΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.

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: _____

Τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα όρια που αναγράφονται στον πίνακα.

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΩΝ Για το σχολικό έτος _____			
Αριθμός μελών νοικοκυριού	Ετησίως	Μηνιαίως	Εβδομαδιαίως
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Για κάθε πρόσθετο μέλος:			

Οι πληροφορίες που παρέχονται κατά τη συμπλήρωση της αίτησης απαιτούνται βάσει του Richard B. Russell National School Lunch Act. Δεν είστε υποχρεωμένοι να παρέχετε τα στοιχεία αλλά εάν δεν τα παρέχετε, δεν μπορούμε να εγκρίνουμε τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή στο παιδί σας. Το ενήλικο μέλος του νοικοκυριού που υπογράφει την αίτηση πρέπει να αναφέρει και τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι απαραίτητα όταν η αίτηση υποβάλλεται για λογαριασμό θετών παιδιών ή σε περίπτωση που αναγράφεται ο αριθμός μητρώου για τα προγράμματα Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program ή Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ή άλλος αναγνωριστικός αριθμός FDPIR για το παιδί σας, καθώς επίσης όταν αναφέρεται ότι το υπογεγραμμένο μέλος του νοικοκυριού δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Από τις πληροφορίες που παρέχονται θα κριθεί εάν το παιδί σας δικαιούται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, καθώς και στη διαχείριση και εφαρμογή των προγραμμάτων παροχής μεσημεριανού και πρωινού γεύματος. Οι πληροφορίες που παρέχετε ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ να κοινοποιηθούν σε υπεύθυνους προγραμμάτων εκπαίδευσης, υγείας και διατροφής προκειμένου να αξιολογήσουν, να χρηματοδοτήσουν ή να προσδιορίσουν τα οφέλη των προγραμμάτων τους, από τους ελεγκτές για την αναθεώρηση των προγραμμάτων και από φορείς επιβολής του νόμου προκειμένου να διευκολυνθεί τυχόν διερεύνηση περιπτώσεων παραβίασης των κανονισμών των προγραμμάτων.

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Τα άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να επικοινωνήσουν με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στα τηλέφωνα (800) 877-8339; ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ MEDICAID/SCHIP

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Εάν τα παιδιά σας λαμβάνουν σχολικά γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, ενδέχεται να δικαιούνται επίσης δωρεάν ασφάλιση υγείας ή σε μειωμένη τιμή μέσω του Medicaid ή του State Children's Health Insurance Program (Κρατικού προγράμματος ασφάλισης υγείας για παιδιά - SCHIP). Τα παιδιά που δικαιούνται ασφάλεια υγείας χαίρουν τακτικής υγειονομικής περίθαλψης και έχουν λιγότερες πιθανότητες να απουσιάσουν από το σχολείο λόγω ασθενείας.

Λόγω της σπουδαιότητας που έχει η ασφάλιση υγείας για την ευεξία των παιδιών, *η νομοθεσία μάς επιτρέπει να ενημερώσουμε τις υπηρεσίες Medicaid και SCHIP ότι τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή,* ***εκτός εάν μας ζητήσετε να μην το κάνουμε***. Οι υπηρεσίες Medicaid και SCHIP χρησιμοποιούν τις πληροφορίες αυτές αποκλειστικά για να κρίνουν ποια παιδιά δικαιούνται να συμμετέχουν στα προγράμματα που παρέχουν. Οι αρμόδιοι των προγραμμάτων ενδέχεται να επικοινωνήσουν μαζί σας για να σας προτείνουν την εγγραφή των παιδιών σας. Η υποβολή της Αίτησης για Χορήγηση Σχολικών Γευμάτων Δωρεάν ή σε Μειωμένη Τιμή δεν συνεπάγεται την αυτόματη εγγραφή των παιδιών σας στα προγράμματα ασφάλισης υγείας.

Εάν δεν θέλετε να κοινοποιήσουμε τα στοιχεία σας στα Medicaid ή SCHIP, θα πρέπει να συμπληρώσετε και να μας αποστείλετε το παρακάτω έντυπο (η αποστολή του συγκεκριμένου εντύπου δεν επηρεάζει το εάν τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε χαμηλή τιμή).

❑ **Όχι! ΔΕΝ** Επιθυμώ να κοινοποιηθούν στη Medicaid ή στο State Children's Health Insurance Program οι πληροφορίες που παρέχω στην Αίτηση για Χορήγηση Σχολικών Γευμάτων Δωρεάν ή σε Μειωμένη Τιμή.

Εάν έχετε σημειώσει το πλαίσιο μη κοινοποίησης των πληροφοριών, συμπληρώστε το παρακάτω έντυπο για να εξασφαλίσετε ότι οι πληροφορίες σας ΔΕΝ θα κοινοποιηθούν για το/τα παιδί/ιά που καταγράφονται παρακάτω:

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: _____

Ονοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση: _____

_____

Για περισσότερες πληροφορίες, απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[name]** στον αριθμό **[phone]** ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση **[e-mail address]**.

Αποστείλετε το παρόν έντυπο στη διεύθυνση: **[address]** έως τις **[date]**.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΕ ΑΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Για εξοικονόμηση χρόνου και ενέργειας, οι πληροφορίες που παρέχετε στην Αίτηση για Χορήγηση Σχολικών Γευμάτων Δωρεάν ή σε Μειωμένη Τιμή μπορεί να κοινοποιηθούν σε άλλα προγράμματα τα οποία ενδέχεται να δικαιούνται τα παιδιά σας. Για την κοινοποίηση των πληροφοριών που παρέχετε στα ακόλουθα προγράμματα, χρειαζόμαστε την άδειά σας. Η αποστολή αυτού του εντύπου δεν επηρεάζει το εάν τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε χαμηλή τιμή.

- ❑ Ναι! **ΕΠΙΘΥΜΩ** οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **[name of program specific to your school]** τις πληροφορίες που παρέχω στην Αίτηση για Χορήγηση Σχολικών Γευμάτων Δωρεάν ή σε Μειωμένη Τιμή.
- ❑ Ναι! **ΕΠΙΘΥΜΩ** οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **[name of program specific to your school]** τις πληροφορίες που παρέχω στην Αίτηση για Χορήγηση Σχολικών Γευμάτων Δωρεάν ή σε Μειωμένη Τιμή.
- ❑ Ναι! **ΕΠΙΘΥΜΩ** οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **[name of program specific to your school]** τις πληροφορίες που παρέχω στην Αίτηση για Χορήγηση Σχολικών Γευμάτων Δωρεάν ή σε Μειωμένη Τιμή.

Εάν επιλέξατε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω πλαίσια, συμπληρώστε το παρακάτω έντυπο. Οι πληροφορίες που παρείχατε θα κοινοποιηθούν αποκλειστικά στα προγράμματα που επιλέξατε.

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: _____

Ονοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση: _____

_____

Για περισσότερες πληροφορίες, απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[name]** στον αριθμό **[phone]** ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση **[e-mail address]**.

Αποστείλετε το παρόν έντυπο στη διεύθυνση: **[address]** έως τις **[date]**.

ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ

Πρέπει να στείλετε τις απαιτούμενες πληροφορίες ή να επικοινωνήσετε με τον αρμόδιο [name] έως τις [date] γιατί η χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή στο/στα παιδί/ιά σας θα διακοπεί.

Σχολείο: _____ Ημερομηνία: _____

Αγαπητέ/ Αγαπητή _____:

Ελέγχουμε την Αίτηση για Χορήγηση Σχολικών Γευμάτων Δωρεάν ή σε Μειωμένη Τιμή που έχετε υποβάλει. Η διαδικασία προβλέπεται από την ομοσπονδιακή νομοθεσία προκειμένου να διασφαλιστεί ότι τα γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή χορηγούνται μόνο σε άτομα που όντως τα δικαιούνται. Πρέπει να μας στείλετε τα δικαιολογητικά που βεβαιώνουν ότι οι **[name(s) of child(ren)][is/are]** είναι δικαιούχοι.

Συνιστάται, εάν είναι δυνατόν, να αποστείλετε αντίγραφα και όχι τα πρωτότυπα έγγραφα. Εάν αποστείλετε τα πρωτότυπα, θα σας επιστραφούν μόνον κατόπιν σχετικής αίτησής σας.

1. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΤΕ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ **[State SNAP]**, **[State TANF]** Η **[FDPIR]** ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΔΩΡΕΑΝ Η ΣΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ Η ΚΑΠΟΙΑ ΣΤΙΓΜΗ ΑΡΓΟΤΕΡΑ, ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕ ΤΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Βεβαίωση για τα προγράμματα **[State SNAP], [State TANF]** ή **[FDPIR]** όπου αναγράφονται οι ημερομηνίες του διαστήματος χορήγησης.
- Επιστολή από τις υπηρεσίες **[State SNAP]** ή **[State TANF]** ή **[FDPIR]** όπου αναγράφονται οι ημερομηνίες του διαστήματος χορήγησης.
- Μην μας αποστείλετε την κάρτα EBT.

2. ΕΑΝ ΛΑΒΕΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΑΥΤΗ ΓΙΑ ΑΣΤΕΓΟ ΠΑΙΔΙ, ΠΑΙΔΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ Η ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΕΙ ΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙΤΕ ΓΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ **[**school, homeless liaison, or migrant coordinator**]**.

3. ΕΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΘΕΤΟ ΠΑΙΔΙ:
Απαιτείται η αποστολή επίσημων εγγράφων που πιστοποιούν ότι το παιδί τελεί υπό την νόμιμη κηδεμονία υπηρεσίας ή δικαστηρίου ή να παρέχετε το όνομα και τηλέφωνο του αρμοδίου στην υπηρεσία ή το δικαστήριο που μπορεί να βεβαιώσει ότι το παιδί είναι θετό.

4. ΕΑΝ ΚΑΝΕΝΑ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΣΑΣ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΠΟ ΤΑ **[State SNAP], [State TANF]** Η **[FDPIR]**:
Αποστείλετε αυτή την σελίδα μαζί με τα έγγραφα που πιστοποιούν το χρηματικό ποσό που λαμβάνει το νοικοκυριό σας από κάθε πηγή εισοδήματος. Στα έγγραφα που θα στείλετε θα πρέπει να αναγράφεται το **όνομα** του προσώπου που εισέπραξε το εισόδημα, η **ημερομηνία** είσπραξης, το **πόσο** που εισπράχθηκε, και η **περιοδικότητα** καταβολής.
Αποστείλετε τις πληροφορίες στη διεύθυνση: [address]

Δεκτά γίνονται τα παρακάτω αποδεικτικά:

ΕΡΓΑΣΙΑ: Απόκομμα μισθοδοσίας ή του φακέλου μισθοδοσίας όπου φαίνεται το ποσό και η περιοδικότητα καταβολής, επιστολή εργοδότη όπου δηλώνονται τα ακαθάριστα ημερομίσθια και η περιοδικότητα καταβολής τους, ή, για τους ελεύθερους επαγγελματίες, έγγραφα επιχειρήσεων ή αγροτικών εκμεταλλεύσεων, όπως γενικό καθολικό ή φορολογικά βιβλία.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ, ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ Η ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ: Επιστολή χορήγησης κοινωνικής ασφάλισης, σύνταξης ή επιδομάτων, δήλωση των λαμβανόμενων επιδομάτων ή βεβαίωση χορήγησης σύνταξης.

ΑΝΕΡΓΙΑ, ΑΝΑΠΗΡΙΑ Η ΕΡΓΑΤΙΚΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ: Επιστολή επιλεξιμότητας από το γραφείο κοινωνικής ασφάλισης της Πολιτείας, απόκομμα επιταγής ή επιστολή από τον οργανισμό εργατικής αποζημίωσης.

ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ: Επιστολή παροχής επιδόματος από την υπηρεσία **[State TANF]**.

ΕΠΙΔΟΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ: Δικαστική απόφαση, σύμβαση ή αντίγραφα των επιταγών που έχουν ληφθεί.

ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ (ΟΠΩΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΑΠΟ ΕΚΜΙΣΘΩΣΕΙΣ): Δικαιολογητικά που βεβαιώνουν το ύψος, την περιοδικότητα και την ημερομηνία είσπραξης των εισοδημάτων.

ΜΗΔΕΝΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: Συνοπτική περιγραφή του τρόπου με τον οποίο εξασφαλίζετε τρόφιμα, ρούχα και στέγη για το νοικοκυριό σας, καθώς και μια εκτίμηση του αναμενόμενου χρόνου απόκτησης κάποιου εισοδήματος.

MILITARY HOUSING PRIVATIZATION INITIATIVE: Επιστολή ή μισθωτήριο συμβόλαιο που να αποδεικνύει ότι η στέγασή σας υπάγεται στο πρόγραμμα Military Privatized Housing Initiative.

ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ: Παρακαλούμε προσκομίστε απόδειξη του εισοδήματος ενός μηνός. Μπορεί να αφορά στον μήνα πριν από την αίτηση, τον μήνα που υποβάλλεται η αίτηση, ή οποιοσδήποτε μήνα μετά από αυτόν.

Για απορίες ή βοήθεια, απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[name]** στον αριθμό **[phone number]**. Η κλήση είναι χωρίς χρέωση. **[Toll free or reverse charge explanation]**. Μπορείτε επίσης να μας στείλετε ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση **[e-mail address]**.

Μετά τιμής,

[signature]

Οι πληροφορίες που παρέχονται κατά τη συμπλήρωση της αίτησης απαιτούνται βάσει του Richard B. Russell National School Lunch Act. Δεν είστε υποχρεωμένοι να παρέχετε τα στοιχεία αλλά εάν δεν τα παρέχετε, δεν μπορούμε να εγκρίνουμε τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή στο παιδί σας. Με βάση τις πληροφορίες που παρέχετε θα κριθεί εάν το παιδί σας δικαιούται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, καθώς και στη διαχείριση και εφαρμογή των προγραμμάτων παροχής μεσημεριανού και πρωινού γεύματος.

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να επικοινωνήσουν με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στους αριθμούς (800) 877-8339; ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΘΗΚΕ

Σχολείο: _____ Ημερομηνία: _____

Αγαπητέ/ Αγαπητή _____:

Αφού ελέγξαμε τα δικαιολογητικά που αποστείλατε για να βεβαιώστε ότι ο/η/οι **[name(s) of child(ren)]** δικαιού(ν)ται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, αποφασίσαμε ότι:

- ❑ Το /τα παιδί/ιά σας εξακολουθεί/ούν να δικαιού(ν)ται την παροχή.
- ❑ Από τις **[date]**, το/τα παιδί/ιά σας δεν θα δικαιού(ν)ται γεύματα **σε μειωμένη τιμή, αλλά δωρεάν** διότι το εισόδημά σας εμπίπτει εντός των ορίων επιλεξιμότητας για χορήγηση δωρεάν σίτισης. Τα παιδιά σας θα γευματίζουν δωρεάν.
- ❑ Από τις **[date],** το/τα παιδί/ιά σας δεν θα δικαιού(ν)ται **δωρεάν γεύματα, αλλά γεύματα σε μειωμένη τιμή,** διότι το εισόδημά σας υπερβαίνει τα αντίστοιχα όρια. Το μεσημεριανό μειωμένης τιμής κοστίζει **[$]** και το πρωινό **[$]**.
- ❑ Από τις **[date]**, **το/τα παιδί/ιά σας δεν θα δικαιού(ν)ται πλέον** γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για τους εξής λόγους:
  ___ Σύμφωνα με τα αρχεία, κανένα μέλος του νοικοκυριού σας δεν έχει λάβει παροχές από τα προγράμματα **[State SNAP]** ή **[State TANF]**.
  ___ Σύμφωνα με τα αρχεία, τα παιδιά σας δεν είναι άστεγα, δεν έχουν εγκαταλείψει το σπίτι και δεν μετανάστες.
  ___ Το εισόδημά σας υπερβαίνει το όριο χορήγησης γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
  ___ Δεν έχετε προσκομίσει: _____
  ___ Δεν ανταποκριθήκατε στο αίτημά μας.

Τα γεύματα κοστίζουν **[$]**για το μεσημεριανό και **[$]**για το πρωινό. Εάν το νοικοκυριό σας αποκτήσει νέα μέλη ή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού συρρικνωθεί, τότε μπορείτε να υποβάλετε εκ νέου αίτηση. Εάν η αίτησή σας έχει απορριφθεί στο παρελθόν γιατί κανένα μέλος του νοικοκυριού δεν λαμβάνει παροχές από τα προγράμματα **[State SNAP]**, **[State TANF]** ή **[FDPIR]**, μπορείτε να υποβάλετε εκ νέου αίτηση βάσει του εισοδήματος σας. Εάν δεν έχετε προσκομίσει δικαιολογητικά της τρέχουσας επιλεξιμότητας σας, θα σας ζητηθεί να τα προσκομίσετε κατά την υποβολή της νέας αίτησης.
Σε περίπτωση διαφωνίας με τη συγκεκριμένη απόφαση, μπορείτε να απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[name]** στον αριθμό **[phone]**. Δικαιούστε επίσης δίκαιη ακρόαση. Εάν ζητήσετε ακρόαση μέχρι τις **[date]**, θα εξακολουθούν να χορηγούνται στο/στα παιδί/ιά σας γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή μέχρι τη λήψη απόφασης από τον αρμόδιο της ακρόασης. Μπορείτε να ζητήσετε την ακρόαση τηλεφωνικώς ή γραπτώς στη διεύθυνση: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, ή **[e-mail].**

Μετά τιμής,

[signature]

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στους αριθμούς (800) 877-8339; ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».

ΕΙΔΟΠΟΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΡΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Έχετε υποβάλει Αίτηση για Γεύματα Δωρεάν ή Γεύματα σε Μειωμένη Τιμή για το/τα ακόλουθο/α παιδί/ιά:

_____ _____
_____ _____
_____ _____

Η αίτηση σας:

- ☐ Εγκρίθηκε για δωρεάν σίτιση
- ☐ Εγκρίθηκε για γεύματα στη μειωμένη τιμή των $ _____ για το μεσημεριανό, $ _____ για το πρωινό και $ _____ για ελαφριά γεύματα
- ☐ Απορρίφθηκε για τον/τους εξής λόγο/ους:
  - ☐ Το εισόδημα υπερβαίνει το επιτρεπτό όριο
  - ☐ Ελλιπής αίτηση λόγω _____
  - ☐ Άλλος λόγος_____

Εάν δεν συμφωνείτε με την απόφαση, μπορείτε να απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[school official's name]** στον αριθμό **[phone number]** ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση **[e-mail address]**. Εάν επιθυμείτε επανεξέταση της απόφασης, έχετε δικαίωμα σε δίκαιη ακρόαση. Μπορείτε να τη ζητήσετε τηλεφωνικώς ή με επιστολή στον παρακάτω αρμόδιο:

ΟΝΟΜΑ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ E-MAIL _____

Μετά τιμής,

[signature]

_____

Όνομα Τίτλος Ημερομηνία

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να επικοινωνήσουν με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στους αριθμούς (800) 877-8339; ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Θέλουμε να σας ενημερώσουμε ότι το/τα παιδί/ιά που παρατίθε(ν)ται στη συνέχεια δικαιού(ν)ται μεσημεριανά γεύματα, προγεύματα και ελαφριά γεύματα στο σχολείο επειδή λαμβάνει/ουν παροχές από το πρόγραμμα **[State SNAP]** ή **[State TANF]**.

Όνομα Παιδιού	Όνομα Σχολείου

Εάν υπάρχουν άλλα παιδιά στην οικογένειά σας που δεν παρατίθενται ανωτέρω, ***δικαιούνται επίσης δωρεάν σίτιση.***

Παρακαλούμε επικοινωνήστε με το σχολείο του/των παιδιού/ών σας στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Εάν υπάρχουν άλλα παιδιά στην οικογένειά σας που δεν παρατίθενται ανωτέρω και θα θέλατε να λαμβάνουν επίσης δωρεάν σίτιση στο σχολείο
- Εάν θέλετε το παιδί σας να λαμβάνει δωρεάν σίτιση
- Εάν έχετε απορίες

[name]

[phone number]

[e-mail address]

Μετά τιμής,

[signature]

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να επικοινωνήσουν με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στους αριθμούς (800) 877-8339; ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). «Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».