แบบฟอร์มการสมัครรับอาหารโรงเรียนฟรีและลดราคา และแบบฟอร์มการตรวจสอบ

ปีการศึกษาที่ _____ - _____

คำแนะนำที่มีให้กับทางเขตโรงเรียน

แพ็คเก็ตนี้มีฟอร์มต้นแบบ :

ข้อมูลที่**จำเป็น**ที่*ต้อง*ส่งให้แก่ครอบครัว

- จดหมายถึงครัวเรือน
- แบบฟอร์มการสมัครรับอาหารโรงเรียนฟรีและลดราคา
- ใบแจ้งการตัดสินอนุมัติ/ปฏิเสธผลประโยชน์ให้กับทางครัวเรือน[1] (จะต้องมีการแจ้งเตือนหากการรับผลประโยชน์สำหรับครัวเรือนนั้นถูกปฏิเสธ)

ข้อมูลที่**จำเป็น**สำหรับครัวเรือนที่ถูกเลือกในการตรวจสอบข้อมูลคุณสมบัติ:

- การแจ้งการถูกเลือกสำหรับการตรวจสอบคุณสมบัติ
- หนังสือผลการตรวจสอบ

วัสดุใบสมัคร**ที่เกี่ยวข้อง**ที่*อาจ*ส่งให้แก่ครอบครัว

- ข้อมูลที่ใช้ร่วมกันกับ Medicaid / SCHIP
- ข้อมูลที่ใช้ร่วมกันกับโครงการอื่นๆ
- ใบแจ้งการตัดสินอนุมัติ/ปฏิเสธผลประโยชน์ให้กับทางครัวเรือน[1] (การแจ้งเตือนอาจจะไม่จำเป็นหากครัวเรือนนั้นๆได้รับการอนุมัติ)
- ใบแจ้งเตือนการรับรองโดยตรง

หน้านี้ถูกออกแบบมาให้พิมพ์บนกระดาษที่มีขนาด 8 ½" คูณ 11" นิ้ว หน้าบางหน้าอาจจะต้องพิมพ์ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง คุณจะต้องระบุผลประโยชน์ที่มีให้จากโรงเรียนของคุณเช่นขนมหลังเลิกเรียนเป็นต้น [bold, bracketed fields] ระบุตำแหน่งที่คุณต้องการจะแทรกข้อมูลเฉพาะของเขตโรงเรียน ตัวอย่างเช่นคุณจะต้องใส่หมายเลขโทรศัพท์เขตโรงเรียนของคุณที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือในการตรวจสอบข้อมูล หากข้อมูลเหล่านี้ไม่ได้ถูกแก้ไขให้รวมถึงชื่อรัฐของคุณสำหรับ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), เดิม the Food Stamp Program, Temporary Assistance to Needy Families (TANF), State Children's Health Insurance Program (SCHIP), หรือ ถ้ามี Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), คุณควรเพิ่มข้อมูลเหล่านี้หากเหมาะสม แพคเกจใบสมัครต้นแบบนี้มีข้อมูลเกี่ยวกับการยกเว้นเงินเบี้ยเลี้ยงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ที่อยู่ใน Military Housing Privatization Initiative หากสิ่งเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับเขตการศึกษาของคุณ โปรดแก้ไขตามความเหมาะสม หน่วยงานรัฐของคุณอาจขอให้คุณส่งแพคเกจการสมัครของคุณไปเพื่อการอนุมัติ หากคุณมีคำถาม กรุณาติดต่อ: **[State agency address]**

[1] ครัวเรือนทั้งหมดจะต้องได้รับการแจ้งเตือนเกี่ยวสถานะคุณสมบัติของพวกเขา ครัวเรือนที่มีเด็กที่ถูกปฏิเสธการรับผลประโยชน์จะต้องถูกแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการปฏิเสธนั้นๆ การแจ้งเตือนจะต้องแนะนำเหตุผลในการปฏิเสธผลประโยชน์ สิทธิในการอุทธรณ์ วิธีการอุทธรณ์ และแบบฟอร์มที่ใช้ได้สำหรับกรณีที่ทางครอบครัวอาจต้องใช้เพื่อสมัครรับประโยชน์การให้อาหารฟรีหรือลดราคาอีกครั้ง ซึ่งสมัครได้ตลอดปีที่โรงเรียน ครัวเรือนที่มีเด็กที่ได้รับการอนุมัติการรับผลประโยชน์ด้านค่าอาหารฟรีหรือลดราคาควรจะได้รับการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางวาจา

[INSERT SCHOOL DISTRICT LETTERHEAD]

เรียนบิดามารดา/ผู้ปกครอง :

เด็กจำเป็นจะต้องได้รับอาหารที่ดีเพื่อสุขภาพของเขา **[Name of School]** มีอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีในโรงเรียนทุกวัน ค่าอาหารเช้าคือ [**$**] ค่าอาหารกลางวันคือ [**$**] บุตรหลานของคุณอาจมีคุณสมบัติได้รับอาหารฟรีหรือค่าอาหารลดราคา ราคาที่ลดลงจะเป็น [**$**] สำหรับอาหารเช้าและ [**$**] สำหรับอาหารกลางวัน

1. ฉันจำเป็นต้องกรอกใบสมัครสำหรับเด็กแต่ละคนหรือไม่? ไม่ กรุณากรอกใบสมัครเพื่อขอรับอาหารฟรีหรือลดราคา *ใช้ใบสมัครรับอาหารโรงเรียนฟรีและลดราคาหนึ่งใบเท่านั้นสำหรับนักเรียนในครัวเรือนของคุณทุกคน* เราไม่สามารถอนุมัติใบสมัครที่ไม่สมบูรณ์ กรุณาตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้กรอกข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดแล้ว คืนใบสมัครที่: **[name, address, phone number]**.

2. ใครสามารถรับอาหารฟรีได้บ้าง? เด็กทุกคนในครัวเรือนที่ได้รับประโยชน์จาก **[State SNAP], [the Food Distribution Program on Indian Reservations]** หรือ **[State TANF**] สามารถรับอาหารฟรีโดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้ของคุณ นอกจากนี้บุตรหลานของคุณจะได้รับอาหารฟรีหากรายได้รวมของครัวเรือนของคุณอยู่ภายใต้ขีดกำหนดของหลักเกณฑ์รายได้ที่มีคุณสมบัติของรัฐ

3. เด็กที่ถูกอุปถัมภ์สามารถรับอาหารฟรีได้หรือไม่? ใช่ เด็กที่ถูกอุปถัมภ์ที่อยู่ในความรับผิดชอบตามกฎหมายของหน่วยงานดูแลส่งเสริมหรือศาลมีสิทธิ์ได้รับอาหารฟรี เด็กที่ถูกอุปถัมภ์ในครัวเรือนใดๆก็ตามนั้นก็จะได้รับอาหารฟรีโดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้ของครอบครัวนั้นๆ

4. เด็กไร้ที่อยู่อาศัย หนีออกจากบ้านและเป็นผู้อพยพถิ่นฐานจะสามารถรับอาหารฟรีได้หรือไม่ ใช่ เด็กที่ไร้ที่อยู่อาศัยตามคำนิยามของการไร้ที่อยู่อาศัย หนีออกจากบ้าน หรือเป็นผู้อพยพถิ่นฐานมีคุณสมบัติจะได้รับอาหารฟรี หากคุณไม่ได้ถูกแจ้งว่าบุตรหลานของคุณสามารถได้รับอาหารฟรี กรุณาโทรหรืออีเมล์มาที่ [**school, homeless liaison or migrant coordinator information**] เพื่อจะได้รู้ว่าพวกเขามีคุณสมบัติหรือไม่

5. ใครบ้างสามารถที่จะได้รับอาหารลดราคา? บุตรหลานของคุณจะได้รับค่าอาหารราคาต่ำ หากรายได้ของครัวเรือนของคุณอยู่ภายใต้ขีดกำหนดของหลักเกณฑ์รายได้ที่มีคุณสมบัติของรัฐ ที่แสดงในใบสมัครนี้

6. ฉันควรกรอกใบสมัครนี้หรือไม่ หากฉันได้รับจดหมายจากโรงเรียนแห่งนี้บอกว่าบุตรหลานของฉันสามารถรับอาหารฟรี โปรดอ่านจดหมายที่คุณได้รับอย่างระมัดระวังและปฏิบัติตามคำแนะนำ โทรหาทางโรงเรียนที่ **[phone number]** หากคุณมีคำถามใดๆ

7. ใบสมัครของบุตรหลานของฉันได้รับการอนุมัติเมื่อปีที่แล้ว ฉันจำเป็นต้องกรอกใบสมัครอีกใบหรือไม่? ใช่ ใบสมัครของบุตรหลานของคุณใช้ได้สำหรับปีการศึกษานั้นๆและในเวลาอีกสองสามวันแรกของปีการศึกษานี้ถัดไปเท่านั้น คุณจะต้องส่งใบสมัครใหม่นอกจากทางโรงเรียนได้บอกให้คุณทราบว่าบุตรของท่านมีสิทธิเดิมในปีการศึกษาใหม่

8. ฉันได้ WIC บุตรหลานของฉันสามารถรับอาหารฟรีได้หรือไม่? เด็กในครัวเรือนที่เข้าร่วมใน WIC อาจมีคุณสมบัติได้รับอาหารฟรีหรือลดราคา กรุณากรอกใบสมัคร

9. ข้อมูลที่ฉันให้จะถูกตรวจสอบหรือไม่ ใช่ และเราอาจจะขอให้คุณส่งหลักฐานมาเป็นลายลักษณ์อักษร

10. ถ้าฉันไม่มีคุณสมบัติในตอนนี้ ฉันจะสมัครภายหลังได้หรือไม่ ได้ คุณสามารถสมัครเมื่อใดก็ได้ตลอดปีการศึกษานี้ ตัวอย่างเช่น เด็กที่มีพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่กลายเป็นผู้ว่างงานอาจจะมีสิทธิได้อาหารฟรีและลดราคา หากรายได้ของครัวเรือนได้ลดลงและอยู่ต่ำกว่าขีดจำกัดของรายได้

11. หากฉันไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของโรงเรียนเกี่ยวกับการสมัครของฉัน ฉันควรจะทำเช่นไร คุณควรพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน นอกจากนี้คุณยังอาจขอให้มีการขึ้นศาลโดยการเรียกหรือเขียนมาที่ : **[name, address, phone number, e-mail]**.

12. ฉันจะสมัครได้หรือไม่หากสมาชิกในครอบครัวของฉันไม่ได้ถือสัญชาติอเมริกัน? ใช่ คุณหรือบุตรหลานของคุณ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นชาวอเมริกันในการที่จะมีคุณสมบัติรับอาหารฟรีหรือลดราคา

13. ใครบ้างที่ฉันควรจะรวมให้เป็นสมาชิกในครัวเรือนของฉัน คุณจะต้องรวมทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนของคุณ ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกันกับคุณหรือไม่ (เช่นปู่ย่าตายาย ญาติหรือเพื่อน) ตราบใดที่พวกเขามีส่วนร่วมในรายได้และค่าใช้จ่ายในครัวเรือนของคุณ คุณจะต้องรวมตัวเองและเด็กทุกคนที่อาศัยอยู่กับคุณ ถ้าคุณอยู่ร่วมกับผู้อื่น ๆ ที่เป็นอิสระทางเศรษฐกิจ (ตัวอย่างเช่นคนที่คุณไม่สนับสนุน และไม่ได้มีรายได้ร่วมกับคุณหรือบุตรหลานของคุณ และเป็นผู้ที่แบ่งปันค่าใช้จ่ายในอัตราที่ตกลงกันไว้) อย่ารวมพวกเขาลงในครัวเรือนของคุณ

14. จะทำอย่างไรถ้ารายได้ของฉันไม่สม่ำเสมอกัน จงกรอบจำนวนรายได้ที่คุณได้รับโดยปกติ ตัวอย่างเช่นถ้าคุณได้รับรายได้แต่ละเดือนในจำนวน $1,000 แต่คุณพลาดงานบางอย่างเมื่อเดือนที่แล้วและได้เพียง $900 จงกรอก $1000 ต่อเดือน ถ้าคุณได้รับค่าทำงานล่วงเวลาตามปกติ ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงหากคุณทำงานล่วงเวลาในบางครั้งเท่านั้น หากคุณสูญเสียงานหรือมีชั่วโมงการทำงานหรือค่าจ้างที่ลดลง ให้ใช้รายได้ปัจจุบันของคุณ

15. เราอยู่ในค่ายทหาร เราจะต้องรวมเงินเบี้ยเลี้ยงที่อยู่อาศัยของเราเป็นรายได้หรือไม่? หากคุณได้รับเบี้ยเลี้ยงที่อยู่อาศัย คุณก็จะต้องรวมเงินส่วนนั้นเป็นรายได้ แต่ถ้าที่อยู่อาศัยของคุณเป็นส่วนหนึ่งของ MILITARY HOUSING PRIVATIZATION INITIATIVE อย่ารวมค่าเบี้ยเลี้ยงที่อยู่อาศัยของคุณเป็นรายได้

16. คู่สมรสของฉันถูกปรับเปลี่ยนไปทำงานในเขตสู้รบ ค่าตอบแทนการสู้รบของเขาจะต้องนับเป็นรายได้หรือไม่? ไม่ หากค่าตอบแทนการสู้รบที่ได้รับอยู่นอกเหนือค่าตอบแทนขั้นพื้นฐานของเขาเพราะการปรับเปลี่ยนของเขา และคุณก็ไม่ได้รับมันก่อนที่เขาจะถูก ปรับเปลี่ยนค่าตอบแทนการสู้รบจะถูกนับเป็นรายได้ ติดต่อโรงเรียนของคุณเพื่อข้อมูลเพิ่มเติม

17. ครัวเรือนของฉันต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม มีโครงการอื่น ๆ เราอาจจะสมัครได้หรือไม่? หากต้องการทราบวิธีการสมัคร **[State SNAP]** หรือผลประโยชน์ความช่วยเหลืออื่น ๆ ให้ติดต่อสำนักงานให้ความช่วยเหลือในท้องถิ่นของคุณหรือโทร **[State hotline number]**

หากคุณมีคำถามอื่น ๆ หรือต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทร **[phone number]**.

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

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

ขอแสดงความนับถือ

[signature]

คำแนะนำสำหรับการสมัคร

สมาชิกในครัวเรือนหมายถึงเด็กหรือผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่กับคุณ

หากครัวเรือนของคุณได้รับคุณสมบัติประโยชน์จาก**[State SNAP],** หรือ **[State TANF] [OR THE FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)]**, กรุณาทำตามขั้นตอนเหล่านี้:

ส่วนที่ 1 โปรดเขียนรายชื่อของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดและ ชื่อของโรงเรียนสำหรับเด็กแต่ละคน**.**
ส่วนที่ 2 โปรดเขียนรหัสรับผลประโยชน์ของสมาชิกในครอบครัวของคุณ (รวมถึงผู้ใหญ่) ที่ได้รับผลประโยชน์จาก**[State SNAP]** หรือ**[State TANF]** หรือ**[FDPIR]**
ส่วนที่ 3 ข้ามส่วนนี้ไป
ส่วนที่ 4 ข้ามส่วนนี้ไป
ส่วนที่ 5 เซ็นชื่อในเอกสาร ไม่จำเป็นต้องใช้ตัวเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคม
ส่วนที่ 6 ตอบคำถามข้อนี้ถ้าคุณต้องการ

หากไม่มีผู้ใดในครัวเรือนของคุณได้รับสิทธิ์ประโยชน์จาก **[State SNAP]** หรือ **[State TANF]**
และหากเด็กคนไหนในครัวเรือนของคุณในเป็นเด็กไร้ที่อยู่อาศัย อพยพถิ่นฐาน หรือหนีออกจากบ้าน ให้ทำตามคำแนะนำเหล่านี้:

ส่วนที่ 1 โปรดเขียนรายชื่อสมาชิกทุกคนในครัวเรือนและชื่อของโรงเรียนสำหรับเด็กแต่ละคน
ส่วนที่ 2 ข้ามส่วนนี้ไป
ส่วนที่ 3 หากเด็กคนไหนที่คุณสมัครให้เป็นเด็กไร้ที่อยู่อาศัย อพยพถิ่นฐาน หรือหนีออกจากบ้าน โปรดเลือกช่องที่เหมาะสมและติดต่อ **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].**
ส่วนที่ 4 ป้อนข้อมูลที่นี้เฉพาะในกรณีที่เด็กในครัวเรือนของคุณจะไม่ได้รับสิทธิ์ตามข้อมูลส่วนที่ 3 ดูคำแนะนำสำหรับครัวเรือนอื่น ๆ
ส่วนที่ 5 เซ็นชื่อในเอกสาร ไม่จำเป็นต้องกรอกตัวเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคมถ้าคุณไม่จำเป็นต้องกรอกข้อมูลในส่วนที่ 4
ส่วนที่ 6 ตอบคำถามข้อนี้ถ้าคุณต้องการ

ถ้าคุณกำลังสมัครให้เด็กที่ถูกอุปถัมภ์ ให้ทำตามคำแนะนำเหล่านี้

หากเด็ก<u>ทุกคน</u>ในบ้านคือเด็กอุปถัมภ์
ส่วนที่ 1 โปรดเขียนรายชื่อเด็กที่ถูกอุปถัมภ์ทุกคนและชื่อโรงเรียนสำหรับเด็กแต่ละคน เลือกช่องที่ระบุว่าเด็กเป็นเด็กที่ถูกอุปถัมภ์
ส่วนที่ 2 ข้ามส่วนนี้ไป
ส่วนที่ 3 ข้ามส่วนนี้ไป
ส่วนที่ 4 ข้ามส่วนนี้ไป
ส่วนที่ 5 เซ็นชื่อในเอกสาร ไม่จำเป็นต้องใช้หมายเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคม
ส่วนที่ 6 ตอบคำถามข้อนี้ถ้าคุณต้องการ

หากว่าเด็กในบ้านบางคนเป็นเด็กที่ถูกอุปถัมภ์
ส่วนที่ 1 โปรดเขียนรายชื่อสมาชิกทุกคนในครัวเรือนและชื่อของโรงเรียนสำหรับเด็กแต่ละคน สำหรับบุคคลใด ๆรวมทั้งเด็กที่ไม่มีรายได้จะต้องเลือกช่อง"ไม่มีรายได้" เลือกช่องนี้หากเด็กเป็นเด็กที่ถูกอุปถัมภ์
ส่วนที่ 2 หากครัวเรือนยังไม่มีรหัสกรณี ให้ข้ามส่วนนี้ไป
ส่วนที่ 3 หากเด็กคนไหนที่คุณสมัครให้เป็นเด็กไร้ที่อยู่อาศัย อพยพถิ่นฐาน หรือหนีออกจากบ้าน โปรดเลือกช่องที่เหมาะสมและติดต่อ **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].** ถ้าไม่ใช่ ให้ข้ามส่วนนี้ไป
ส่วนที่ 4 กรุณาทำตามคำแนะนำเหล่านี้เพื่อรายงานรายได้ส่วนรวมของครัวเรือนตั้งแต่เดือนนี้หรือเดือนที่ผ่านมา

- **ช่องที่ 1–ชื่อ :** รายชื่อสมาชิกทุกคนในครัวเรือนที่มีรายได้
- **ช่องที่ 2–รายได้รวมและความถี่ในการรับรายได้ :** สำหรับสมาชิกในครัวเรือนแต่ละคน โปรดเขียนรายการประเภทของรายได้ที่ได้รับในเดือนนั้นๆ คุณต้องบอกเราว่าคุณมักจะได้รับเงินทุกสัปดาห์ ทุกสองสัปดาห์ เดือนละสองครั้ง หรือทุกเดือน สำหรับรายได้ กรุณาตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้ป้อนข้อมูลรายได้รวมไว้ ไม่ใช่จำนวนเงินที่เหลือให้ใช้ในแต่ละเดือน รายได้รวมเป็นจำนวนเงินที่ได้รับก่อนการหักภาษีและการหักเงินอื่น ๆ คุณควรจะสามารถค้นหาข้อมูลนี้ได้ในสลิปรายได้หรือถามเจ้านายของคุณที่ให้คำตอบคุณได้ สำหรับรายได้อื่น ๆ โปรดเขียนรายการจำนวนเงินที่สมาชิกแต่ละคนได้รับในทุกๆเดือนจากสวัสดิการสัมคม ค่าสนับสนุนเลี้ยงดูเด็ก บำนาญ ประกันสังคม รายได้เกษียญ รายได้ประกันสังคมเสริม (SSI), รายได้สิทธิ์

ประโยชน์ของทหาร (VA) และรายได้สิทธิ์ประโยชน์สำหรับบุคคลพิการ ภายใต้รายได้อื่น ๆ ทั้งหมด โปรดเขียนรายชื่อค่าตอบแทนคนงาน ค่าตอบแทนคนว่างงาน ค่าตอบแทนการประท้วงหยุดงาน และค่าตอบแทนปกติ จากผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ และรายได้อื่นๆ อย่ารวมรายได้ที่ได้จาก SNAP FDPIR WIC สิทธิประโยชน์การศึกษาของรัฐ และการชำระเงินค่าอุปถัมภ์เด็กที่มีให้ทางครอบครัวจากหน่วยงานการจัดการเด็กสำหรับอุปถัมภ์ ในกรณีของผู้ที่มีธุรกิจเป็นตนเอง ภายใต้รายได้จากการทำงาน ให้รายงานเพียงรายได้หลังจากการใช้จ่ายเท่านั้น ส่วนนี้สำหรับธุรกิจ ฟาร์ม หรือทรัพย์สินให้เช่าของคุณ ถ้าคุณอยู่ใน Military Housing Privatization Initiative หรือได้รับค่าตอบแทนการสู้รบ อย่ารวมค่าตอบแทนเหล่านี้เป็นรายได้

ส่วนที่ 5 สมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่จะต้องเซ็นชื่อในเอกสาร และป้อนข้อมูลตัวเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคมของพวกเขา (หรือเลือกช่องนี้ถ้าเขา/เธอไม่มีหมายเลขบัตรประกันสังคม)

ส่วนที่ 6 ตอบคำถามข้อนี้ ถ้าคุณต้องการ

ครัวเรือนอื่นๆทั้งหมด รวมทั้งครัวเรือน WIC ให้ทำตามคำแนะนำเหล่านี้

ส่วนที่ 1 โปรดเขียนรายชื่อสมาชิกทุกคนในครัวเรือนและชื่อของโรงเรียนสำหรับเด็กแต่ละคน สำหรับบุคคลใด ๆรวมทั้งเด็กที่ไม่มีรายได้จะต้องเลือกช่อง"ไม่มีรายได้"

ส่วนที่ 2 หากครัวเรือนยังไม่มีรหัสกรณี ให้ข้ามส่วนนี้ไป

ส่วนที่ 3 หากเด็กคนไหนที่คุณสมัครให้เป็นเด็กไร้ที่อยู่อาศัย อพยพถิ่นฐาน หรือหนีออกจากบ้าน โปรดเลือกช่องที่เหมาะสมและติดต่อ **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].** ถ้าไม่ใช่ ให้ข้ามส่วนนี้ไป

ส่วนที่ 4 กรุณาทำตามคำแนะนำเหล่านี้เพื่อรายงานรายได้ส่วนรวมของครัวเรือนตั้งแต่เดือนนี้หรือเดือนที่ผ่านมา

- **ช่องที่ 1–ชื่อ :** รายชื่อสมาชิกทุกคนในครัวเรือนที่มีรายได้
- **ช่องที่ 2–รายได้รวมและความถี่ในการรับรายได้ :** สำหรับสมาชิกในครัวเรือนแต่ละคน โปรดเขียนรายการประเภทของรายได้ที่ได้รับในเดือนนั้นๆ คุณต้องบอกเราว่าคุณมักจะได้รับเงินทุกสัปดาห์ ทุกสองสัปดาห์ เดือนละสองครั้ง หรือทุกเดือน สำหรับรายได้ กรุณาตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้ป้อนข้อมูลรายได้รวมไว้ ไม่ใช่จำนวนเงินที่เหลือให้ใช้ในแต่ละเดือน รายได้รวมเป็นจำนวนเงินที่ได้รับก่อนการหักภาษีและการหักเงินอื่น ๆ คุณควรจะสามารถค้นหาข้อมูลนี้ได้ในสลิปรายได้ หรือถามเจ้านายของคุณที่ให้ค่าตอบคุณได้ สำหรับรายได้อื่น ๆ โปรดเขียนรายการจำนวนเงินที่สมาชิกแต่ละคนได้รับในทุกๆเดือนจากสวัสดิการสัมคม ค่าสนับสนุนเลี้ยงดูเด็ก บำนาญ ประกันสังคม รายได้เกษียณ รายได้ประกันสังคมเสริม (SSI), รายได้สิทธิ์ประโยชน์ของทหาร (VA) และรายได้สิทธิ์ประโยชน์สำหรับบุคคลพิการ ภายใต้รายได้อื่น ๆ ทั้งหมด โปรดเขียนรายการค่าตอบแทนคนงาน ค่าตอบแทนคนว่างงาน ค่าตอบแทนการประท้วงหยุดงาน และค่าตอบแทนตามปกติ จากผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนของคุณ รวมถึงรายได้อื่นๆ อย่ารวมรายได้ที่ได้จาก SNAP FDPIR WIC สิทธิประโยชน์การศึกษาของรัฐ และการชำระเงินค่าอุปถัมภ์เด็กที่มีให้ทางครอบครัวจากหน่วยงานการจัดการเด็กสำหรับอุปถัมภ์ ในกรณีของผู้ที่มีธุรกิจเป็นตนเอง ภายใต้รายได้จากการทำงาน ให้รายงานเพียงรายได้หลังจากการใช้จ่ายเท่านั้น ส่วนนี้สำหรับธุรกิจ ฟาร์ม หรือทรัพย์สินให้เช่าของคุณ อย่ารวมรายได้จาก SNAP FDPIR WIC หรือสิทธิประโยชน์การศึกษาของรัฐ ถ้าคุณอยู่ใน Military Housing Privatization Initiative หรือได้รับค่าตอบแทนการสู้รบ อย่ารวมค่าตอบแทนเหล่านี้เป็นรายได้

ส่วนที่ 5 สมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่จะต้องเซ็นชื่อในเอกสาร และป้อนข้อมูลตัวเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคมของพวกเขา (หรือเลือกช่องนี้ถ้าเขา/เธอไม่มีหมายเลขบัตรประกันสังคม)

ส่วนที่ 6 ตอบคำถามนี้ถ้าคุณต้องการ

แบบฟอร์มการสมัครอาหารโรงเรียนฟรีและลดราคาสำหรับครอบครัว

ส่วนที่ 1 สมาชิกทุกคนในครัวเรือน			
ชื่อของสมาชิกทุกคนในครัวเรือน (ชื่อ ชื่อกลางย่อ นามสกุล)	ชื่อของโรงเรียนสำหรับเด็กแต่ละคน / หรือระบุ "ไม่มีข้อมูล" ถ้าเด็กไม่ได้เข้าเรียนในโรงเรียน	เลือกช่องนี้หากว่าเด็กคือเด็กที่ถูกอุปถัมภ์ (ความรับผิดชอบทางกฎหมายของหน่วยงานสวัสดิการหรือศาล) * ถ้าเด็กทั้งหมดที่ระบุไว้ด้านล่างเป็นเด็กที่ถูกอุปถัมภ์ให้ข้ามไปที่ส่วนที่ 5 และเซ็นชื่อในแบบฟอร์มนี้	เลือกช่องนี้หากไม่มีรายได้
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑

ส่วนที่ 2 สิทธิประโยชน์

หากสมาชิกท่านได้ของครัวเรือนของท่านได้รับสิทธิ์ประโยชน์จาก , หรือ ,
ให้ป้อนชื่อและรหัสกรณีของผู้ที่ได้รับผลประโยชน์แล้ว**ให้ข้ามไปที่ส่วนที่ 5**. **หากไม่มีใครกำลังรับประโยชน์เหล่านี้ ให้ข้ามไปยังส่วนที่ 3.**

ชื่อ:_____ รัหสกรณี: _____

ส่วนที่ 3 หากเด็กคนไหนที่คุณสมัครให้เป็นเด็กไร้ที่อยู่อาศัย อพยพถิ่นฐาน หรือหนีออกจากบ้าน โปรดเลือกช่องที่เหมาะสมและติดต่อ

ไร้ที่อยู่อาศัย ❑ อพยพถิ่นฐาน ❑ หนีออกจากบ้าน ❑

ส่วนที่ 4. รายได้ของครอบครัวทั้งหมด คุณต้องบอกเราว่ามีมากเท่าไหร่และมีความถี่อย่างไร

1. ชื่อ (โปรดเขียนเฉพาะสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้เท่านั้น)	2 รายได้รวมและความถี่ที่มักจะได้รับมัน			
	รายได้จากการทำงานก่อนการหักเงิน	สิทธิ์ประโยชน์ของค่าสวัสดิการ ค่าส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร ค่าเลี้ยงชีพ	ค่าบำนาญ ค่าเกษียณ ประกันสังคม SSI, VA	รายได้ทั้งหมดอื่น ๆ
(ตัวอย่าง) Jane Smith	$199.99/ต่อสัปดาห์	$149.99/ทุกสองสัปดาห์	$99.99/ต่อเดือน	$50.00/ต่อเดือน
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

ส่วนที่ 5 เซ็นชื่อและป้อนข้อมูลหมายเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคม (ผู้ใหญ่จำเป็นต้องเซ็น)

สมาชิกในครัวเรือนที่คนที่เป็นผู้ใหญ่จะต้องเซ็นชื่อบนใบสมัคร **หากส่วนที่ 4 ได้ถูกกรอกเรียบร้อยแล้ว ผู้ใหญ่ที่เซ็นชื่อบนใบสมัครยังต้องกรอกหมายเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคมของเขาหรือเธอ หรือเลือกช่อง"ข้าพเจ้าไม่มีบัตรประกันตัวประจำสังคม"** (โปรดดูคำชี้แจงสิทธิส่วนบุคคลตามกฎหมายที่ด้านหลังของหน้านี้.)

ข้าพเจ้าขอรับรอง (สัญญา) ว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและรายได้ทั้งหมดได้ถูกรายงานแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่าโรงเรียนจะได้รับเงินของรัฐบาลกลางเท่าไหร่ก็ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนอาจตรวจสอบ (ตรวจรับ) รายละเอียดต่างๆ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าจงใจให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ บุตรหลานของข้าพเจ้าอาจสูญเสียผลประโยชน์และข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดี

เซ็นชื่อที่นี่:_____ พิมพ์ชื่อ: _____

วันที่: _____

ที่อยู่: _____ หมายเลขโทรศัพท์:_____

เมือง :_____ รัฐ: _____ รหัสไปรษณีย์: _____

หมายเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคม: * * * - * * - __ __ __ __ ❑ ฉันไม่มีหมายเลขบัตรประกันสังคม

ส่วนที่ 6 ชาติพันธุ์และเชื้อชาติของเด็ก (เลือกกรอกได้)

เลือกหนึ่งเชื้อชาติ :

❑ สเปนและโปรตุเกส / ลาติน

❑ ไม่ใช้สเปนและโปรตุเกส / ลาติน

เลือกหนึ่งหรือมากกว่า (โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ) :

❑ คนเอเชีย ❑ อเมริกันอินเดียนแดงหรือชาวอลาสก้าพื้นเมือง ❑ แอฟริกันอเมริกัน

❑ คนขาว ❑ ชาวพื้นเมืองฮาวายหรือเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ

DO NOT FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY.

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: _____

บุตรหลานของคุณอาจมีคุณสมบัติได้รับอาหารฟรีหรือลดราคาหากรายได้ของครัวเรือนของคุณอยู่ที่หรือน้อยกว่าขีดจำกัดตามแผนภูมินี้

แผนภูมิรายได้ที่มีคุณสมบัติรับผลประโยชน์ของรัฐ สำหรับปีการศึกษาที่ _____			
ขนาดของครัวเรือน	รายปี	รายเดือน	รายสัปดาห์
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
คนที่เพิ่มแต่ละคน :			

กฎหมายอาหารกลางวันโรงเรียนแห่งชาติ ริชาร์ด บี รัสเซล จะต้องใช้ข้อมูลในใบสมัครนี้ คุณไม่จำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลดังกล่าว แต่หากคุณไม่ให้ข้อมูลกับเรา เราจะไม่สามารถอนุมัติให้บุตรหลานของคุณได้อาหารฟรีหรือลดราคา คุณจะต้องกรอกหมายเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคมของสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่ที่เซ็นชื่อในใบสมัครนี้ คุณไม่จำเป็นต้องใช้หมายเลขสี่หลักสุดท้ายของหมายเลขบัตรประกันสังคมนี้หากคุณกรอกใบสมัครนี้ในนามของเด็กที่ถูกอุปถัมภ์หากคุณได้ให้ข้อมูลรหัสกรณี Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Temporary Assistance to Needy Families (TANF) Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) หรือข้อมูลระบุ FDPIR อื่นๆสำหรับบุตรหลานของคุณ หรือเมื่อคุณระบุว่าผู้ใหญ่ในครัวเรือนที่เซ็นชื่อไว้ไม่มีหมายเลขบัตรประกันสังคม เราจะใช้ข้อมูลของคุณเพื่อตรวจสอบว่าบุตรหลานของคุณมีคุณสมบัติได้อาหารฟรีหรือลดราคาหรือไม่ และสำหรับการบริหารและการบังคับใช้ของโครงการอาหารกลางวันและอาหารเช้า เราอาจแบ่งปันข้อมูลคุณสมบัติของคุณกับโครงการการศึกษา สุขภาพ และโภชนาการต่างๆเพื่อช่วยพวกเขาในการประเมินผล จัดการกองทุน หรือกำหนดผลประโยชน์ให้กับโครงการของพวกเขา ร่วมทั้งช่วยผู้ตรวจสอบบัญชีในการตรวจสอบแสดงความคิดเห็น และช่วยเจ้าหน้าที่กฎหมายในการสืบสวนโครงการในด้านการละเมิดกฎ

คำแถลงการไม่แบ่งแยก : ส่วนนี้จะอธิบายว่าคุณจะต้องทำอย่างไรถ้าคุณเชื่อว่าคุณได้รับการบริการที่ไม่เป็นธรรม "ตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและนโยบายของกรมวิชาการเกษตรประจำประเทศสหรัฐอเมริกา สถาบันนี้ถูกห้ามมิให้ดำเนินการบนพื้นฐานของการเหยียดเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด เพศ อายุ หรือความพิการ หากต้องการยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการแบ่งแยก กรุณาติดต่อ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 หรือโทรติดต่อฟรีทาง (866) 632-9992 (พูดคุย) บุคคลใดที่มีปัญหาการได้ยินหรือเป็นใบ้ สามารถติดต่อ USDA ผ่านบริการการถ่ายทอดของรัฐที่ (800) 877-8339; หรือ (800) 845-6136 (ภาษาสเปน) USDA เป็นผู้ให้และผู้จ้างที่นำเสนอโอกาสที่เท่าเทียมกันกับทุกคน.”

การใช้ข้อมูลร่วมกันกับ MEDICAID/SCHIP

เรียนบิดามารดา/ผู้ปกครอง :

ถ้าบุตรหลานของคุณได้รับอาหารโรงเรียนฟรีหรือลดราคา พวกเขายังอาจจะได้รับประกันสุขภาพฟรีหรือที่มีราคาต่ำผ่าน Medicaid หรือ State Children's Health Insurance Program (SCHIP) ด้วย เด็กที่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลสุขภาพที่ปกติและมีโอกาสน้อยที่จะขาดเรียนเพราะการเจ็บป่วย

เนื่องจากประกันสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสุขภาพของเด็กๆ กฎหมายได้อนุญาติให้เราแจ้ง Medicaid และ SCHIP ว่าบุตรหลานของคุณมีคุณสมบัติได้อาหารฟรีหรือลดราคาเว้นแต่คุณจะบอกเราว่าอย่าแจ้งข้อมูลนั้นๆ Medicaid และ SCHIP จะใช้ข้อมูลเพื่อระบุตัวเด็กที่อาจมีคุณสมบัติในการเข้าร่วมโครงการของพวกเขาเท่านั้น เจ้าหน้าที่โครงการสามารถติดต่อคุณได้เพื่อเสนอให้ลงทะเบียนบุตรของคุณ อย่างไรก็ตาม การกรอกข้อมูลเพื่อสมัครรับอาหารโรงเรียนฟรีและลดราคานั้นไม่ได้เป็นการลงทะเบียนบุตรของท่านในการประกันสุขภาพโดยอัตโนมิติ

หากคุณไม่ต้องการให้เราเปิดเผยข้อมูลของคุณกับ Medicaid หรือ SCHIP ให้กรอกแบบฟอร์มด้านล่างและส่งมาให้เรา (การส่งฟอร์มนี้จะไม่เปลี่ยนแปลงสิทธิ์ของบุตรหลานของคุณว่าจะได้รับอาหารฟรีหรือลดราคาหรือไม่)

❑ **ไม่ ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้แบ่งปันข้อมูลใบสมัครการรับอาหารโรงเรียนฟรีและลดราคาของข้าพเจ้ากับ** Medicaid หรือ State Children's Health Insurance Program

หากคุณเลือกไม่ ให้กรอกแบบฟอร์มด้านล่างเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลของท่านจะไม่ถูกใช้ร่วมกันสำหรับเด็กในรายชื่อด้านล่างนี้:

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ลายเซ็นของบิดามารดา / ผู้ปกครอง: _____ วันที่: _____

พิมพ์ชื่อ:_____

ที่อยู่: _____

_____

หากคุณต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาโทรหา **[name]** ที่ **[phone] หรือส่งอีเมล์มาที่ [e-mail address].**

ส่งฟอร์มนี้กลับไปที่ : **[address]** ในวันที่ **[date].**

การใช้ข้อมูลร่วมกับโครงการอื่น ๆ

เรียนบิดามารดา/ผู้ปกครอง :

เพื่อให้คุณประหยัดเวลาและความพยายาม ข้อมูลที่คุณให้กับบนใบสมัครรับอาหารโรงเรียนฟรีและลดราคาอาจถูกใช้ร่วมกับโครงการอื่น ๆ ที่บุตรหลานของคุณอาจมีคุณสมบัติ สำหรับโครงการต่อไปนี้เราจำเป็นจะต้องได้รับอนุญาตจากคุณในการเปิดเผยข้อมูลของคุณ การส่งใบสมัครนี้จะไม่เปลี่ยนแปลงการที่บุตรหลานของคุณจะได้รับอาหารฟรีหรือลดราคาหรือไม่

- ❑ ใช่ ข้าพเจ้า **ต้องการ** ให้ทางเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนแบ่งปันข้อมูลการได้รับสิทธิ์อาหารโรงเรียนฟรีหรือลดราคาของข้าพเจ้ากับ **[name of program specific to your school]**.
- ❑ ใช่ ข้าพเจ้า**ต้องการ**ให้ทางเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนแบ่งปันข้อมูลการได้รับสิทธิ์อาหารโรงเรียนฟรีหรือลดราคาของข้าพเจ้ากับ **[name of program specific to your school]**.
- ❑ ใช่ ข้าพเจ้า**ต้องการ**ให้ทางเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนแบ่งปันข้อมูลการได้รับสิทธิ์อาหารโรงเรียนฟรีหรือลดราคาของข้าพเจ้ากับ **[name of program specific to your school]**.

หากคุณได้เลือกตอบใช่ในช่องใดช่องหนึ่งหรือทั้งหมดของตัวเลือกข้างบนนี้ กรุณากรอกแบบฟอร์มด้านล่างเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลเด็กๆที่ปรากฏด้านล่างนี้ของท่านจะถูกแบ่งปัน ข้อมูลของท่านจะถูกใช้ร่วมกับโครงการที่คุณเลือกเท่านั้น

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ลายเซ็นของบิดามารดา / ผู้ปกครอง: _____ วันที่: _____

พิมพ์ชื่อ:_____

ที่อยู่: _____

_____

หากคุณต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาโทรหา **[name]** ที่ [phone] หรือส่งอีเมล์มาที่ [e-mail address]**.**

ส่งฟอร์มนี้กลับไปที่ : **[address]** ในวันที่ **[date]**.

เราจะต้องตรวจสอบใบสมัครของคุณ

คุณต้องป้อนข้อมูลที่เราต้องการ หรือติดต่อ [name] ในวันที่ [date] หากคุณไม่ทำตาม บุตรหลานของคุณจะไม่สามารถได้รับอาหารฟรีหรือลดราคาอีกต่อไป

โรงเรียน: _____ วันที่: _____

เรียน_____:

เรากำลังตรวจสอบใบสมัครรับอาหารโรงเรียนฟรีและลดราคาของคุณ กฎระเบียบของรัฐบาลกลางสั่งให้เราจำเป็นต้องทำเช่นนี้ เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กที่มีคุณสมบัติเท่านั้นจะได้รับอาหารฟรีหรือลดราคา คุณจำเป็นจะต้องส่งข้อมูลให้เราเพื่อพิสูจน์ว่า **[name(s) of child][is/are]** มีคุณสมบัติเพียงพอ.

ถ้าเป็นไปได้ ให้ส่งสำเนาเอกสารแทนต้นฉบับ หากคุณส่งต้นฉบับมา พวกมันจะถูกส่งกลับไปให้คุณเฉพาะในกรณีที่คุณขอเท่านั้น

1 หากคุณได้รับผลประโยชน์จาก **[State SNAP]**, **[State TANF]** หรือ **[FDPIR]** เมื่อคุณสมัครรับอาหารโรงเรียนฟรีหรือลดราคา หรือสมัครโครงการเหล่านี้หลังจากนั้น กรุณาส่งสำเนาเหล่านี้ให้เรา:

- **[State SNAP]** หรือ**[State TANF]** หรือหนังสือรับรอง **[FDPIR]** ซึ่งแสดงวันที่ของการรับรอง
- จดหมายจาก **[State SNAP]** หรือ **[State TANF]** หรือสำนักงาน **[FDPIR]** ที่แสดงวันที่ของการรับรอง
- ไม่ต้องส่งบัตร EBT ของคุณมา

2 หากคุณได้รับจดหมายนี้สำหรับเด็กไร้ที่อยู่อาศัย อพยพถิ่นฐาน หรือหนีออกจากบ้าน กรุณาติดต่อ **[school, homeless liaison, or migrant coordinator]** เพื่อรับความช่วยเหลือ

3 ถ้าหากเด็กเป็นเด็กที่ถูกอุปถัมภ์ให้เขียนเอกสารที่ตรวจสอบได้ว่าเด็กคนนี้เป็นความรับผิดชอบทางกฎหมายของหน่วยงานหรือศาล หรือให้ข้อมูลชื่อและที่ติดต่อสำหรับบุคคลที่หน่วยงานหรือศาลนั้นๆที่สามารถยืนยันได้ว่าเด็กเป็นเด็กที่ถูกอุปถัมภ์

4 หากไม่มีใครในครัวเรือนของคุณได้รับประโยชน์ **[State SNAP]** หรือ **[State TANF]** หรือ **[FDPIR]** : ให้ส่งหน้านี้พร้อมกับเอกสารที่แสดงให้เห็นจำนวนเงินที่ครัวเรือนของคุณได้รับจากแหล่งที่มาของรายได้แต่ละแหล่ง เอกสารที่คุณส่งจะต้องแสดงชื่อของบุคคลที่ได้รับรายได้ วันที่ที่ได้รับ **จำนวน**ที่ได้รับ และ**ความถี่**ในการรับรายได้นั้น กรุณาส่งข้อมูลไปยัง: **[address]**

เอกสารที่ยอมรับได้รวมถึง:

งาน: ต้นขั้วหรือซองจดหมายเช็คสั่งจ่ายที่แสดงจำนวนเงินและวิธีการจ่ายเงิน จดหมายจากนายจ้างที่ระบุค่าจ้างขั้นต้นและความถี่ที่คุณจะได้รับเงิน หรือถ้าคุณมีธุรกจิของตัวเอง ให้เตรียมเอกสารทางธุรกิจหรือการทำฟาร์ม เช่นบัญชีแยกประเภทหรือหนังสือภาษี

ประกันสังคม ค่าบำนาญ หรือค่าเกษียณอายุ : จดหมายสิทธิ์ประโยชน์ประกันสังคมหลังเกษียณอายุ คำสั่งของผลประโยชน์ที่ได้รับ หรือหนังสือแจ้งค่าบำนาญข้าราชการ

ว่างงาน พิการ หรือคอมพ์คนงาน : หนังสือแจ้งสิทธิ์จากสำนักงานคณะกรรมการประกันการจ้างงานของรัฐ ต้นขั้วเช็คหรือหนังสือจากสำนักงานค่าตอบแทนของคนงาน

การชำระเงินค่าสวัสดิการ : หนังสือแจ้งผลประโยชน์จากสำนักงาน **[State TANF]** .

ค่าส่งเสียเลี้ยงดูบุตรหรือค่าเลี้ยงชีพ : คำสั่งศาล ข้อตกลง หรือสำเนาเช็คที่ได้รับ

รายได้อื่น ๆ (เช่นรายได้ค่าเช่า) : ข้อมูลที่แสดงจำนวนเงินของรายได้ที่ได้รับ ความถี่ที่ได้รับ และวันที่ได้รับ

ไม่มีรายได้ : บันทึกสั้นๆเพื่ออธิบายวิธีที่คุณจะใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหาร เสื้อผ้า และที่อยู่อาศัย สำหรับครัวเรือนของคุณ เมื่อคุณคาดหวังว่าจะมีรายได้

MILITARY HOUSING PRIVATIZATION INITIATIVE: หนังสือหรือสัญญาเช่าที่พักอาศัยของคุณซึ่งแสดงให้เห็นว่าที่พักของคุณเป็นส่วนหนึ่งใน Military Privatized Housing Initiative

กรอบเวลาของเอกสารรายได้ที่ยอมรับ: กรุณาส่งหลักฐานของรายได้หนึ่งเดือน คุณสามารถใช้เดือนก่อนการสมัคร เดือนนี้ หรือเดือนใดๆหลังจากนี้

หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือ กรุณาติดต่อ **[name]** ที่ **[phone number]**. โทรฟรี**. [Toll free or reverse charge explanation]**. **คุณสามารถอีเมล์หาเราได้ที่ [e-mail address].**

ขอแสดงความนับถือ

[signature]

กฎหมายอาหารกลางวันโรงเรียนแห่งชาติ ริชาร์ด บี รัสเซล จะต้องใช้ข้อมูลใน ใบสมัครนี้ คุณไม่จำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลดังกล่าว แต่หากคุณไม่ให้ข้อมูลกับเรา เราจะไม่สามารถอนุมัติให้บุตรหลานของคุณได้อาหารฟรีหรือลดราคา เราจะใช้ข้อมูลของคุณเพื่อตรวจสอบว่าบุตรหลานของคุณมีคุณสมบัติได้อาหารฟรีหรือลดราคาหรือไม่ และสำหรับการบริหารและการบังคับใช้ของโครงการอาหารกลางวันและอาหารเช้า

คำแถลงการไม่แบ่งแยก : ส่วนนี้จะอธิบายว่าคุณจะต้องทำอย่างไรถ้าคุณเชื่อว่าคุณได้รับการบริการที่ไม่เป็นธรรม "ตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและนโยบายของกรมวิชาการเกษตรประจำประเทศสหรัฐอเมริกา สถาบันนี้ถูกห้ามมิให้ดำเนินการบนพื้นฐานของการเหยียดเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด เพศ อายุ หรือความพิการ หากต้องการยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการแบ่งแยก กรุณาติดต่อ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 หรือโทรติดต่อฟรีทาง (866) 632-9992 (พูดคุย) บุคคลใดที่มีปัญหาการได้ยินหรือเป็นใบ้ สามารถติดต่อ USDA ผ่านบริการการถ่ายทอดของรัฐที่ (800) 877-8339; หรือ (800) 845-6136 (ภาษาสเปน). USDA เป็นผู้ให้และผู้จ้างที่นำเสนอโอกาสที่เท่าเทียมกันกับทุกคน."

เราได้ตรวจสอบใบสมัครของคุณแล้ว

โรงเรียน: _____ วันที่: _____

เรียน_____:

เราได้ตรวจสอบข้อมูลที่คุณส่งให้เราเพื่อพิสูจน์ว่า **[name(s) of child(ren)]**
จะมีคุณสมบัติรับอาหารฟรีหรือลดราคาหรือไม่ และได้ตัดสินใจว่า :

- ❑ บุตรหลานของคุณมีคุณสมบัติได้รับอาหารโรงเรียนที่ไม่เปลี่ยนแปลง
- ❑ เริ่มตั้งแต่ **[date]**บุตรหลานของคุณมีคุณสมบัติได้รับอาหารโรงเรียนจาก**เดิมลดราคาเป็นฟรี** เพราะรายได้ของคุณอยู่ภายใต้ข้อกำหนดการรับอาหารโรงเรียนฟรี บุตรหลานของคุณจะได้รับอาหารที่ไม่มีค่าใช้จ่าย
- ❑ เริ่มตั้งแต่ **[date]**บุตรหลานของคุณมีคุณสมบัติได้รับอาหารโรงเรียนจาก**เดิมฟรีเป็นลดราคา** เพราะรายได้ของคุณอยู่นอกข้อกำหนดการรับอาหารโรงเรียนฟรี อาหารราคาลดมีค่าใช้จ่าย **[$]** สำหรับมื้อกลางวันและ **[$]** สำหรับอาหารเช้า
- ❑ เริ่มตั้งแต่ **[date]** บุตรหลานของคุณจะไม่ได้รับอาหารฟรีหรือลดราคา ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้:
  - ___ บันทึกแสดงให้เห็นว่าไม่มีใครในครัวเรือนของคุณได้รับผลประโยชน์จาก **[State SNAP]** หรือ **[State TANF]**
  - ___ บันทึกแสดงให้เห็นว่าเด็กเป็นเด็กไร้ที่อยู่อาศัย หนีออกจากบ้าน หรืออพยพถิ่นฐาน
  - ___ รายได้ของคุณเกินขีดจำกัดสำหรับการได้รับอาหารฟรีหรือลดราคา
  - ___ คุณไม่ได้ระบุ : _____
  - ___ คุณยังไม่ได้ตอบคำถามของเรา

ค่าอาหารคือ **[$]** สำหรับมื้อกลางวันและ **[$]** สำหรับอาหารเช้า หากรายได้ของครัวเรือนของคุณต่ำลงหรือสูงขึ้นคุณอาจสมัครใหม่อีกครั้ง หากคุณได้ถูกปฏิเสธสิทธิ์มาก่อนเพราะไม่มีใครในครัวเรือของคุณได้รับผลประโยชน์ **[State SNAP]** **[State TANF]** หรือ **[FDPIR]** คุณสามารถที่จะสมัครใหม่ได้บนพื้นฐานของรายได้ที่มีคุณสมบัติที่ต้องการ หากคุณไม่ได้แสดงหลักฐานการมีคุณสมบัติในปัจจุบัน คุณจะถูกขอให้ทำเช่นนั้นถ้าคุณสมัครใหม่

หากคุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจครั้งนี้ คุณอาจพูดคุยกับ **[name]** ที่ **[phone]** . นอกจากนี้คุณยังมีสิทธิที่จะฟังคำพิจารณาที่เป็นธรรม หากคุณขอขึ้นศาลในวันที่ **[date]** บุตรหลานของคุณก็จะยังคงได้รับการลดราคาอาหารหรือได้อาหารฟรีจนคำสั่งศาลอย่างเป็นทางการจะมีการตกลง นอกจากนี้คุณยังอาจขอให้มีการขึ้นศาลโดยการโทรหรือเขียนมาที่:
[name] [address] [phone number] หรือ [e-mail].

ขอแสดงความนับถือ

[signature]

คำแถลงการไม่แบ่งแยก : ส่วนนี้จะอธิบายว่าคุณจะต้องทำอย่างไรถ้าคุณเชื่อว่าคุณได้รับการบริการที่ไม่เป็นธรรม "ตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและนโยบายของกรมวิชาการเกษตรประจำประเทศสหรัฐอเมริกา สถาบันนี้ถูกห้ามมิให้ดำเนินการบนพื้นฐานของการเหยียดเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด เพศ อายุ หรือความพิการ หากต้องการยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการแบ่งแยก กรุณาติดต่อ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 หรือโทรติดต่อฟรีทาง (866) 632-9992 (พูดคุย) บุคคลใดที่มีปัญหาการได้ยินหรือเป็นใบ้ สามารถติดต่อ USDA ผ่านบริการการถ่ายทอดของรัฐที่ (800) 877-8339; หรือ (800) 845-6136 (ภาษาสเปน). USDA เป็นผู้ให้และผู้จ้างที่นำเสนอโอกาสที่เท่าเทียมกันกับทุกคน."

ใบแจ้งการตัดสินอนุมัติ/ปฏิเสธผลประโยชน์ให้กับทางครัวเรือน

เรียนบิดามารดา/ผู้ปกครอง:

คุณได้สมัครรับอาหารฟรีหรือลดอาหารสำหรับเด็กดังรายชื่อต่อไปนี้

_____ _____
_____ _____
_____ _____

ใบสมัครของคุณได้รับ:

- ❑ การอนุมัติให้อาหารฟรี
- ❑ การอนุมัติสำหรับอาหารราคาลดลงที่ $ _____ สำหรับมื้อกลางวัน $_____ สำหรับอาหารเช้าและ $ _____ สำหรับอาหารว่าง
- ❑ ถูกปฏิเสธด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้:
  - ❑ รายได้มากกว่าจำนวนที่อนุญาต
  - ❑ ใบสมัครไม่สมบูรณ์เพราะ _____
  - ❑ อื่น ๆ_____

หากคุณไม่เห็นด้วยกับการติดสินใจครั้งนี้ กรุณาติดต่อกับ **[school official's name]** ที่ **[phone number]** หรือที่ **[e-mail address]**. หากคุณต้องการตรวจสอบการตัดสินใจเพิ่มเติม คุณจะมีสิทธิในการขอการพิจารณาที่เป็นธรรม ซึ่งสามารถทำได้โดยการโทรหรือการเขียนให้กับเจ้าหน้าที่ดังรายชื่อต่อไปนี้

ชื่อ: _____

ที่อยู่: _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____ อีเมล์ _____

ขอแสดงความนับถือ

[signature]

_____

ชื่อ เรื่อง วันที่

คำแถลงการไม่แบ่งแยก : ส่วนนี้จะอธิบายว่าคุณจะต้องทำอย่างไรถ้าคุณเชื่อว่าคุณได้รับการบริการที่ไม่เป็นธรรม "ตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและนโยบายของกรมวิชาการเกษตรประจำประเทศสหรัฐอเมริกา สถาบันนี้ถูกห้ามมิให้ดำเนินการบนพื้นฐานของการเหยียดเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด เพศ อายุ หรือความพิการ หากต้องการยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการแบ่งแยก กรุณาติดต่อ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 หรือโทรติดต่อฟรีทาง (866) 632-9992 (พูดคุย) บุคคลใดที่มีปัญหาการได้ยินหรือเป็นใบ้ สามารถติดต่อ USDA ผ่านบริการการถ่ายทอดของรัฐที่ (800) 877-8339; หรือ (800) 845-6136 (ภาษาสเปน). USDA เป็นผู้ให้และผู้จ้างที่นำเสนอโอกาสที่เท่าเทียมกันกับทุกคน."

ใบแจ้งเตือนการรับรองโดยตรง

เรียนบิดามารดา/ผู้ปกครอง:

เราต้องการแจ้งให้คุณทราบว่าเด็กที่ระบุชื่อไว้ด้านล่างจะได้รับอาหารกลางวัน อาหารเช้าและอาหารว่างฟรีที่โรงเรียน เพราะพวกเขาได้รับ **[State SNAP]** หรือ**[State TANF]**.

ชื่อของเด็ก	ชื่อของโรงเรียน

หากมีเด็กคนอื่น ๆ *ในครัวเรือนของคุณที่ไม่ได้ถูกระบุไว้ข้างต้น* ***พวกเขาก็มีคุณสมบัติได้รับอาหารฟรีเช่นกัน***

กรุณาติดต่อกับโรงเรียนที่เด็กๆของคุณเรียนอยู่ภายใต้สถานการณ์ดังต่อไปนี้ :

- หากมีเด็กคนอื่น ๆ ในครัวเรือนของคุณที่ไม่ได้ถูกระบุไว้ข้างต้นและคุณต้องการให้พวกเขาได้รับอาหารฟรีที่โรงเรียน
- คุณไม่ต้องการให้บุตรหลานของคุณมีอาหารฟรี
- คุณมีคำถามเพิ่มเติมใด ๆ

[name]

[phone number]

[e-mail address]

ขอแสดงความนับถือ

[signature]

คำแถลงการไม่แบ่งแยก : ส่วนนี้จะอธิบายว่าคุณจะต้องทำอย่างไรถ้าคุณเชื่อว่าคุณได้รับการบริการที่ไม่เป็นธรรม "ตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและนโยบายของกรมวิชาการเกษตรประจำประเทศสหรัฐอเมริกา สถาบันนี้ถูกห้ามมิให้ดำเนินการบนพื้นฐานของการเหยียดเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด เพศ อายุ หรือความพิการ หากต้องการยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการแบ่งแยก กรุณาติดต่อ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 หรือโทรติดต่อฟรีทาง (866) 632-9992 (พูดคุย) บุคคลใดที่มีปัญหาการได้ยินหรือเป็นใบ้ สามารถติดต่อ USDA ผ่านบริการการถ่ายทอดของรัฐที่ (800) 877-8339; หรือ (800) 845-6136 (ภาษาสเปน). USDA เป็นผู้ให้และผู้จ้างที่นำเสนอโอกาสที่เท่าเทียมกันกับทุกคน."