

## ЗАЯВЛЕНИЕ СЕМЬИ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛЬГОТНОГО ШКОЛЬНОГО ПИТАНИЯ

<b>Часть 1. Дети, посещающие школу (если это воспитанники – используйте для каждого отдельный бланк)</b>					
Имена всех детей, посещающих школу (Имя, инициал отчества, фамилия)	Название школы	Класс	Идентификационный номер участника Программы продовольственных талонов или TANF (если помощь получается). <b>В случае указания номера – переходите к Части 5.</b>		
<b>Часть 2. Если ребенок, на которого оформляется заявление, является бездомным, мигрантом или убежавшим из дома – отметьте нужный квадратик и позвоните [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]</b> Бездомный <input type="checkbox"/> Мигрант <input type="checkbox"/> Убежал из дома <input type="checkbox"/>					
<b>Часть 3. Воспитанник</b>					
Если данное заявление оформляется на ребенка, находящегося под законной опекой социальных служб или суда - отметьте данный квадратик <input type="checkbox"/> и укажите размер средств, ежемесячно выделяемых на нужды ребенка: \$ _____. Перейдите к Части 5.					
<b>Часть 4. Общие доходы семьи — необходимо указать суммы и регулярность</b>					
<b>1. Имя</b> (перечислите <b>всех</b> , кто с Вами проживает) <i>(Пример)</i> <i>Jane Smith</i>	<b>2. Размер общих доходов и их регулярность</b> <i>Пример: \$100/ежемесячно \$100/дважды в месяц \$100/через неделю \$100/еженедельно</i>				<b>3. Отметьте, если доходов НЕТ</b>
	Зарплата по месту работы без вычетов	Социальная помощь, пособия на детей, алименты	Пенсионное обеспечение	Все прочие доходы	
	\$200/еженедельно	\$150/еженедельно	\$100/ежемесячно	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

**Часть 5. Подпись и номер карточки социального страхования (требуется подпись совершеннолетнего лица)**

Заявление должен подписать совершеннолетний член семьи. В случае заполнения Части 4 лицо, подписывающее бланк, также должно указать номер карточки социального страхования или отметить квадратик «Карточки социального страхования не имею» (см. «Декларацию об охране информации личного характера» с обратной стороны настоящего документа).

*Я подтверждаю, что вся информация, содержащаяся в данном заявлении, является верной, и что указаны все источники доходов. Мне известно, что на основе предоставленной мною информации школа получит государственные средства. Я осознаю, что администрация школы может проверить эту информацию. Мне также известно, что в случае умышленного предоставления недостоверной информации мои дети могут лишиться льготного питания, а я – подвергнут преследованию в судебном порядке.*

Подпишите здесь: X \_\_\_\_\_ Имя (разборчиво): \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Номер карточки социального страхования: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Карточки социального страхования не имею

**Часть 6. Расовая и этническая принадлежность ребенка (не обязательно)**

Отметьте один и более из расовых признаков:

Азиатский  Коренной житель Америки или Аляски

Европейский  Коренной житель Гавайев или иных Тихоокеанских островов

Афроамериканский  Иной

Отметьте один из этнических признаков:

Латиноамериканский

Не латиноамериканский

**Данная графа заполняется администрацией школы:**

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: \_\_\_\_\_ Follow-up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Антидискриминационная декларация: в ней поясняется порядок действий на случай, если, на Ваш взгляд, по отношению к Вам поступили несправедливо.**

В соответствии с Федеральным законодательством и нормативами Министерства сельского хозяйства США, данному ведомству запрещается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, полу, возрасту или физической неполноценности. Жалобу относительно дискриминации следует направить по адресу: *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* либо позвонить по телефонам 800-795-3272 или 202-720-6382 (в том числе для людей с нарушениями слуха). В своей деятельности Министерство сельского хозяйства руководствуется принципами равноправия.