

Auburn School District – 2024-25 درخواست مزایای تحصیلی و واجد شرایط بودن تغذیه طفل

Dari

<https://www.q.wa-k12.net/auburn>

درخواست آنلاین از طریق Family Access Skyward

این درخواست ممکن است شما را برای موارد زیر واجد شرایط کند: مزایای وعده غذایی، مزایای انتقال مزایای الکترونیکی (Electronic Benefits Transfer, EBT) تابستانی (در صورت ثبت نام در مکتب برنامه ملی ناهار مدرسه (National School Lunch Program, NSLP)/برنامه صبحانه مدرسه (School Breakfast Program, SBP))، کاهش هزینه ها برای سایر برنامه ها و فعالیت ها، و/یا کمک به تامین بودجه برای ولسوالی مکتب شما. Auburn School District در مقررات واجد شرایط بودن جامعه (Community Eligibility Provision, CEP) شرکت می‌کند، تکمیل این درخواست بر واجد شرایط بودن شما برای دریافت وعده‌های غذایی بدون مصرف تأثیری نخواهد داشت.

این درخواست را تکمیل، امضا و برگردانید: **ASD Child Nutrition Services 1302 4th Street SW, Auburn, WA 98001** تلیفون: **4972-931-253** ایمیل: Childnutrition@auburn.wednet.edu

اگر شما فواید وعده غذایی را در سال گذشته دریافت کرده‌اید، اینجا را بررسی کنید:

1. همه شاگردانی را که با شما زندگی می‌کنند و به مکتب می‌روند فهرست کنید. اگر شاگرد تحت سرپرستی است، بی خانمانی را تجربه می‌کند، یا خدمات آموزشی مهاجر دریافت می‌کند، این را با قرار دادن "x" در کادر مناسب نشان دهید. هر گونه عواید شخصی دریافت شده توسط شاگرد را درج کنید و در بکس صحیح برای دفعات دریافت آن یک "x" ایجاد کنید. بی خانمان مهاجر

ماهیانه	2 X ماه	هر دو هفته	هفته وار	درآمد شاگرد	صنف	مکتب	تاریخ تولد	پرونده	حرف اول نام وسط	نام شاگرد	تخلص شاگرد
<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"/>	\$				<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"/>	<input type="checkbox"/>	\$				<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$				<input type="checkbox"/>			

2. اگر هر یک از اعضای خانواده (از جمله خودتان) در حال حاضر در یکی یا چند مورد از برنامه‌های کمک زیر شرکت دارند، لطفاً شماره قضیه را بنویسید. اگر نه، به مرحله 3 بروید.

غذای اساسی TANF برنامه توزیع مواد غذایی در رزرواسیون هند (FDPIR)

3. نام اعضای دیگر خانواده را فهرست کنید - درآمد را وارد کنید (به دالر) و بررسی کنید که چند بار دریافت شده است. اگر یکی از اعضای خانواده درآمدی دریافت نمی‌کند، عدد 0 را بنویسید. اگر 0 را وارد کنید یا بخش‌های درآمد را خالی بگذارید، قول می‌دهید که هیچ عواید برای گزارش وجود ندارد.

ماهیانه	2 X ماه	هر دو هفته	هفته وار	هر عواید دیگری قبلاً فهرست نشده است	ماهیانه	2 X ماه	هر دو هفته	هفته وار	بازنشستگی/ تقاعدی/ تامین اجتماعی (Social Security, SSI)	ماهیانه	2 X ماه	هر دو هفته	هفته وار	کمک های مردمی / حمایت از اطفال / نفقه	ماهیانه	2 X ماه	هر دو هفته	هفته وار	عواید حاصل از کار (قبل از هرگونه کسر)	پرونده	نام همه سایر اعضای خانواده (شامل شاگردان ذکر شده در بالا نمی‌شود)
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	

4. تمام اعضای خانواده (شامل همه افرادی که در خانواده شما زندگی می‌کنند): چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعی (Social Security Number, SSN) اختیاری اگر SSN وجود ندارد، بررسی کنید:

(همه اشخاص فهرست شده باید برابر با تعداد اعضای خانواده ذکر شده در بالا باشد)

5. معلومات تماس و امضا - این درخواست را تکمیل، امضا و برگردانید: من گواهی می‌دهم (قول می‌دهم) که تمام اطلاعات موجود در این درخواست درست است، همه عایدات گزارش شده است، و خانواده من فواید EBT تابستانی را از طریق سازمان قبیل‌های ایالتی یا هندی دیگر (در صورت وجود) دریافت نمی‌کند. من می‌دانم که این معلومات در ارتباط با دریافت مزایای فدرال یا ایالتی ارائه شده است و مقامات مکتب ممکن است معلومات را تأیید کنند (بررسی کنند). من می‌دانم که اگر عمداً معلومات نادرست ارائه دهم، اطفال من ممکن است این فواید را از دست بدهند و ممکن است طبق قوانین قابل اجرا ایالت و فدرال تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم.

ایمیل آدرس

امضای بزرگسالان خانواده

نام چاپی عضو بزرگسال خانواده

تاریخ

تلیفون روزانه

شهر، ایالت و کود پستی

آدرس پستی

6. هویت های نژادی و قومی اطفال (اختیاری) - ما باید در مورد نژاد و قومیت طفل(اطفال) معلومات شما را بخواهیم. این معلومات مهم است و کمک می‌کند مطمئن شویم که به طور کامل به جامعه خود خدمت می‌کنیم. جواب دادن به این بخش اختیاری است و بر واجد شرایط بودن طفل(اطفال) شما برای وعده‌های غذایی رایگان و ارزش قیمت تأثیری نمی‌گذارد.

یک هویت قومی را علامت گذاری کنید:

اسپانیایی تبار یا لاتین تبار

اسپانیایی تبار یا لاتین تبار

آسیایی

بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام

سرخپوستان آمریکایی یا سیاهپوست بومی

آلاسکا یا افریقایی آمریکایی

سفید

یک یا چند هویت نژادی را علامت گذاری کنید:

7. موافقت با اشتراک‌گذاری معلومات واجد شرایط بودن برنامه برای برنامه‌های دیگر مکتب سال تحصیلی 2024-25

فوائد دیگر (اختیاری) - تکمیل این مرحله به خدمات تغذیه طفل منطقه مدرسه آبورن (Auburn School District, ASD) اجازه می‌دهد واجد شرایط بودن وعده غذایی شاگردان من را با برنامه‌های مشخص‌شده برای سال تحصیلی 2024-25 به اشتراک بگذارد. شما باید بکس‌های هر برنامه ای را که می‌خواهید در آن شرکت کنید انتخاب کنید.

تخلص شاگرد	نام شاگرد	تاریخ تولد	فعالیت ورزشی -ASB	سفر ساحوی	فعالیت‌های اضافی درسی
			<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"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

پروگرام مکتب	نحوه استفاده از اطلاعات
ای اس بی کارت	برای ارائه یک کارت ASB رایگان به دانشجو
زور ورزشی/ فعالیت‌ها	برای ارائه یک مجوز خانوادگی فصلی به والدین برای اجازه ورود رایگان به ۲ بزرگسال و ۲ خواهر و برادر برای همه رویدادها و فعالیت‌های ورزشی خانگی، که می‌تواند شامل رویدادهای ورزشی، بازی‌ها و فعالیت‌های دیگر باشد. همچنین شامل ورود دانش آموز به رقص می‌شود
گردش علمی	هر گونه هزینه اضافی برای گردش علمی لغو می‌شود

شرایط تغذیه طفل: قانون نان چاست مکتب ملی ریچارد بی راسل (Richard B. Russell National School) در مورد این درخواست به معلومات نیاز دارد. شما مجبور نیستید معلومات را بدهید، اما در غیر این صورت، نمی‌توانیم طفل شما را برای وعده‌های غذایی رایگان یا ارزش قیمت تأیید کنیم. شما باید چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعی عضو بزرگسال خانواده را که درخواست را امضا می‌کند، وارد کنید. چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعی در صورتی که به نمایندگی از یک طفل پرورش‌یافته درخواست می‌دهید یا شماره پرونده برنامه کمک تغذیه مکمل (غذای اساسی)، برنامه کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) یا برنامه توزیع غذا در رزرواسیون‌های سرخپوستان (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) یا سایر شناسه‌های FDIPIR را برای طفل تان وارد می‌کنید یا اگر اعلام می‌کنید که عضو بزرگسال خانواده که فورم درخواست را امضا می‌کند دارای شماره تامین اجتماعی نیست، ضروری نمی‌باشد. ما از معلومات شما برای تعیین اینکه آیا طفل شما واجد شرایط دریافت وعده‌های غذایی رایگان یا ارزش قیمت است، و همچنین برای مدیریت و اجرای برنامه‌های نان چاست و صبحانه استفاده خواهیم کرد. ممکن است معلومات واجد شرایط بودن شما را با برنامه‌های آموزشی، صحتی و تغذیه‌ای به اشتراک بگذاریم تا به آن‌ها در ارزیابی، تامین بودجه یا تعیین مزایای برنامه‌های خود، بازرسان برای بررسی برنامه‌ها و مقامات اجرای قانون برای بررسی تخلفات قوانین برنامه کمک کند.

تمامی برنامه‌های دیگر کمی تغذیه (FNS) نمایندگی های ایالتی یا محلی و دریافت کننده های فرعی شان باید بیاتیه دم

تبعیض زیر را به نشر برسانند:

در مطابقت با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت زراعت ایالات متحده امریکا (USDA) این نهاد از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنسیت (به شمول هویت جنسی و گرایش جنسی)، معلولیت، سن، یا انتقام جویی یا عمل تلافی جویانه به دلیل فعالیت حقوق مدنی قبلی ممنوع می‌باشد. معلومات در مورد این برنامه می‌تواند به زبان های غیر از انگلیسی قابل دسترس قرار گیرد. افرادی که دارای معلولیت اند و نیاز به ابزارهای جایگزین جهت بدست آوردن معلومات دارند (مانند خط بریل، چاپ متن به اندازه گ، نوار صوتی، زبان اشاره ای امریکایی) باید با اداره مسؤل ایالتی یا محلی که برنامه را تطبیق میکند یا مرکز USDA TARGET به شماره (برای صوت و دستگاه مخابراتی برای ناشنویان) تماس بگیرند یا با USDA (وزارت زراعت ایالات متحده امریکا) از طریق خدمات باز پخش فدرال به شماره 8339-877 (800) تماس بگیرند. برای ثبت شکایت تبعیض در مورد این برنامه شکایت کننده باید فورمه AD-3027 را که فورمه شکایت تبعیض USDA (وزارت زراعت ایالات متحده امریکا) میباشد را از ادرس انترنتی زیر بدست آورده تکمیل <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-dari.pdf> نماید. این فورمه را از هر دفتر USDA (وزارت زراعت ایالات متحده امریکا) یا تماس به شماره 9992-632 (866) یا نوشتن یک مکتوب به آدرس USDA (وزارت زراعت ایالات متحده امریکا) میتوان بدست آورد. مکتوب باید حاوی اسم، آدرس، شماره تلفون شکایت کننده، و شرح کتبی از اقدام تبعیض آمیز یا جزئیات کافی باشد تا به دستیار حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعای حقوق مدنی اطلاع دهد. فورمه تکمیل شده AD-3027 باید به USDA (وزارت زراعت ایالات متحده امریکا) از طریق ادرس های زیر تحول داده شود:

بیاتیه عدم تبعیض Auburn School District

در هیچ برنامه یا فعالیتی به دلیل جنسیت، نژاد، عقیده، مذهب، رنگ پوست، ملیت، سن، وضعیت سرریزی یا نظامی، گرایش جنسی، بیان یا هویت جنسیتی، معلولیت یا استفاده از سگ راهنما یا حیوان خدماتی تبعیض قائل نمی‌شود و دسترسی برابر به پسران پیشاهنگی و سایر گروه‌های جوانان تعیین‌شده را فراهم می‌کند. کارمندان زیر برای رسیدگی به سوالات و شکایات مربوط به تبعیض ادعایی تعیین شده اند:

هماهنگ کننده انطباق با حقوق مدنی و ستاد هماهنگ کننده عنوان IX:

Jon Young، معاون سرپرست منابع بشری

تلفون: 931-4932 (253) | ایمیل: jyoung@auburn.wednet.edu

شاگردان هماهنگ کننده عنوان نهم:

Rhonda Larson، معاون رئیس بخش موفقیت خانواده و شاگرد

تلفن موفقیت: 931-4932 (253) | ایمیل: rlarson@auburn.wednet.edu

(۲) شماره فکس: 256-1665 (833) یا 690-7442 (202)

(۱) آدرس پستی: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(۳) ایمیل یا آدرس انترنتی: program.intake@usda.gov

این یک نهاد فراهم کننده فرصتهای مساوی میباشد.

CNS OFFICE USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.

(Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

Total Household Size: _____

Total Household Income: \$ _____

Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual

App # 2024-25: _____ Application Received Date: _____

Elig: _____ Reason: _____ Effective Date: _____

By: _____ Date Processed: _____

CNS Staff Name

Dari