2024–25 Заява щодо отримання права на харчування дітей і освітні послуги у навчальному році: Auburn School District

Подайте заяву онлайн через систему Family Access Skyward: https://www.q.wa-k12.net/auburn

За допомогою цієї заяви ви можете отримати право на: послуги із забезпечення харчуванням, продовольчу допомогу в межах програми Summer Electronic benefit transfer (Літня програма електронного переказу виплат, Summer EBT) (якщо ваша дитина навчається в школі з National School Lunch Program (Національна програма шкільних обідів, NSLP) або School Breakfast Program (Програма шкільних сніданків, SBP)), знижену плату за інші програми й заходи та/або допомогу із забезпеченням фінансування вашого шкільного округу. Auburn School District бере участь у програмі Community Eligibility Provision (програма забезпечення продовольством відповідних громад, CEP). Заповнення цієї заяви не вплине на ваше право отримувати безкоштовне харчування.

Заповніть і підпишіть цю заяву, а потім поверніть її за адресою: ***ASD Child Nutrition Services 1302 4th Street SW, Auburn, WA 98001*** PH: ***253-931-4972*** Email: Childnutrition@auburn.wednet.edu

Поставте позначку тут, якщо ви отримували допомогу з харчуванням минулого року: ☐

1. Укажіть усіх дітей, які проживають із вами та відвідують школу. Якщо учень проживає в прийомній сім'ї, є безпритульним або отримує освітні послуги для мігрантів, укажіть це, поставивши ☐ Безпритульні ☐ Мігранти

Прізвище учня	Ім'я учня	Середній ініціал	Прийомна дитина	Дата народження	Школа	Клас	Дохід учня	Раз на тиждень	Раз на два тижні	Двічі на місяць	Раз на місяць
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. Якщо будь-хто з членів домогосподарства (включно з вами) зараз бере участь у щонайменше одній із наведених нижче програм допомоги, укажіть номер справи. Якщо ні, перейдіть до пункту 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Програма розподілу продовольства в індіанських резерваціях, FDPIR) Номер справи: _____

3. Укажіть імена всіх інших членів домогосподарства. Введіть суми доходів (округливши до цілого долара) і ПОЗНАЧТЕ ПУНКТ із відповідною частотою їх отримання. Якщо член домогосподарства не отримує дохід, укажіть 0. Указуючи суму 0 або залишаючи поля з доходами пустими, ви підтверджуєте відсутність доходу, про який потрібно повідомити.

Імена ВСІХ інших членів домогосподарства (крім учнів, які вказані вище)	Прийомна дитина	Дохід від роботи (до будь-яких відрахувань)	Раз на тиждень	Раз на два тижні	Двічі на місяць	Раз на місяць	Соціальна допомога / допомога на дитину / аліменти	Раз на тиждень	Раз на два тижні	Двічі на місяць	Раз на місяць	Пенсії / виплати з приводу виходу у відставку / Supplemental Security Income (додатковий соціальний дохід, SSI)	Раз на тиждень	Раз на два тижні	Двічі на місяць	Раз на місяць	Будь-який інший дохід (якого немає серед указаних раніше)	Раз на тиждень	Раз на два тижні	Двічі на місяць	Раз на місяць
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Загальне число членів домогосподарства (ураховуйте всіх людей, що проживають у вашому домогосподарстві): ☐
(загальне число має дорівнювати кількості членів домогосподарства, зазначених вище)

Останні чотири цифри Social Security Number (номер соціального страхування, SSN) (необов'язково) ☐ Позначте, якщо не маєте SSN: ☐

5. Контактна інформація та підпис. Заповніть і підпишіть цю заяву, а потім поверніть її:

Я підтверджую (запевняю), що вся інформація в цій заяві є правдивою, що повідомлено про всі доходи та що моє домогосподарство не отримує послуг у межах програми Summer EBT від іншої організації штату або племені індіанців (якщо застосовується). Я розумію, що ця інформація надається для отримання федеральної допомоги або допомоги від штату та що офіційні особи школи можуть її перевірити. Я знаю, що в разі навмисного надання мною неправдивої інформації мої діти можуть втратити право на отримання допомоги, а мене можуть притягнути до відповідальності згідно з чинними законами штату та федеральними законами.

_____ **Прізвище та ім'я повнолітнього члена домогосподарства друкованими літерами**

_____ **Підпис повнолітнього члена домогосподарства**

_____ **Адреса електронної пошти**

_____ **Поштова адреса**

_____ **Місто, штат і поштовий індекс**

_____ **Номер телефону для дзвінків у денний час**

_____ **Дата**

6. Расова та етнічна ідентичності дітей (необов'язково). Ми зобов'язані запитати про расу й етнічне походження ваших дітей. Ця інформація важлива й допомагає забезпечити повноцінне обслуговування нашої громади. Відповідати на запитання в цьому пункті необов'язково. Ваші відповіді не впливають на право ваших дітей отримувати харчування безкоштовно або за зниженою ціною.

Позначте одну або більше расових ідентичностей:

- ☐ Американські індіанці або корінні народи
- ☐ Аляски Темношкірі або афроамериканці
- ☐ Білі
- ☐ Азійці
- ☐ Корінне населення Гаваїв або інших островів Тихого океану

Позначте одну етнічну ідентичність: Іспаномовні американці або

- ☐ латиноамериканці
- ☐ Не іспаномовні американці та не латиноамериканці

7. ЗГОДА НА ПЕРЕДАВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПРАВО НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ ІНШИМ ШКІЛЬНИМ ПРОГРАМАМ у 2024/2025 навчальному році

ІНШІ ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ (необов'язково). Заповнюючи цей пункт, я дозволяю Службі харчування дітей (Child Nutrition Services) шкільного округу Auburn School District (ASD) передавати інформацію про право моїх дітей на отримання харчування зазначеним програмам упродовж 2024/2025 навчального року.
Ви маєте вибрати відповідні поля для всіх програм, у яких хотіли би брати участь.

Прізвище учня	Ім'я учня	Дата народження	Картка ASB	Спортивні заходи / фізична активність	Шкільні екскурсії
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

Шкільна програма	Як використовуватиметься інформація
Картки Associated Student Body (Об'єднана учнівська рада, ASB)	Для надання учню безкоштовної картки ASB.
Спортивні заходи / фізична активність	Для надання батькам сезонної сімейної перепустки, яка дає змогу 2 дорослим і 2 братам або сестрам безкоштовно відвідувати всі місцеві спортивні заходи, зокрема спортивні змагання, ігри та інші заходи. Крім того, учням надається дозвіл відвідувати танці.
Шкільні екскурсії	Будь-які додаткові збори не стягуються під час шкільних екскурсій.

Право на участь у програмі допомоги з харчуванням дітей. Надання інформації в цій заяві вимагається згідно з Національним законом Richard B. Russell про шкільні обіди (Richard B. Russell National School Lunch Act). Ви не зобов'язані надавати інформацію, але, якщо не надасте її, ми не зможемо схвалити отримання вашою дитиною безкоштовного харчування або харчування за зниженою ціною. Ви маєте зазначити останні чотири цифри номера соціального страхування повнолітнього члена домогосподарства, який підписує заяву. Надання останніх чотирьох цифр номера соціального страхування не є обов'язковим, якщо ви подаєте заяву від імені прийомної дитини або якщо вказуєте номер справи в програмі надання основних харчових продуктів (Supplemental Nutrition Assistance Program) (Basic Food), програмі тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF) або програмі розподілу продовольства в індіанських резерваціях (FDPIR) (чи вказуєте інший ідентифікатор FDPIR) для вашої дитини, а також якщо ви вказуєте, що повнолітній член домогосподарства, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ми використовуватимемо вашу інформацію для визначення права вашої дитини на отримання безкоштовного харчування або харчування за зниженою ціною, а також для адміністрування та забезпечення виконання програм із надання обідів і сніданків. Ми МОЖЕМО передавати вашу інформацію про право на участь таким особам: у програми освіти, охорони здоров'я та харчування, щоб допомогти їм оцінювати, фінансувати або визначати послуги, що надаються в межах їхніх програм; аудиторам для надання відгуків про програми; представникам правоохоронних органів, щоб допомогти їм визначати порушення правил програм.

USDA Повідомлення про неприпустимість дискримінації

Відповідно до федерального законодавства про громадянські права, правил і політики Міністерства сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в області громадянських прав, цій установі заборонено здійснювати дискримінацію за расою, кольором шкіри, національним походженням, статтю (зокрема гендерною ідентичністю й сексуальною орієнтацією), інвалідністю чи віком, а також застосовувати будь-які каральні заходи у зв'язку з попередньою діяльністю в області громадянських прав. Інформація про програму доступна не лише англійською мовою. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних форм подання інформації про програму (наприклад, шрифтом Брайля, великим шрифтом, у вигляді аудіозапису чи американською мовою жестів), повинні звернутися до вповноваженого агентства штату або місцевого агентства, що керує програмою, чи до центру технологій і ресурсів TARGET Center при USDA за номером (202) 720-2600 (голосовий виклик чи телетайп) або зв'язатися з USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень (Federal Relay Service) за номером (800) 877-8339. Щоб подати скаргу на дискримінацію у зв'язку з програмою, необхідно заповнити форму AD-3027 (Форма подання скарги на дискримінацію у зв'язку з програмою USDA), яку можна знайти тут: https://fns-prod.azureedge.us/sites/default/files/resource-files/ad3027-ukrainian.pdf, звернутися до будь-якого офісу USDA, зателефонувати на номер (866)-632-9992 або надіслати листа до USDA. Такий лист має містити ім'я та прізвище заявника, його адресу й номер телефону, а також докладний опис імовірної дискримінаційної дії, щоб належним чином поінформувати помічника міністра з питань громадянських прав (Assistant Secretary for Civil Rights, ASS) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до USDA будь-яким із наведених нижче способів:

1. **поштою:** U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary Civil Rights
   1400 Independence Avenue SW
   Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **факсом:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **електронною поштою:** program.intake@usda.gov

Auburn School District Повідомлення про неприпустимість дискримінації.

Auburn School District не допускає дискримінації в жодній із програм або заходів за ознаками статі, раси, віросповідання, релігії, кольору шкіри, національного походження, віку, наявності статусу ветерана чи військовослужбовця, сексуальної орієнтації, гендерного самовираження або самоідентифікації, інвалідності, а також використання навченого собаки-поводиря чи службової тварини та забезпечує рівний доступ до участі в скаутському русі та інших визначених групах для дітей і молоді. Указаний нижче співробітник відповідає за розгляд питань і скарг щодо ймовірної дискримінації.

Civil Rights Compliance Coordinator & Title IX Coordinator Staff:
Jon Young, Assistant Superintendent of Human Resources
Phone: (253) 931-4932 | Email: jyoung@auburn.wednet.edu

Title IX Coordinator Students:
Rhonda Larson, Assistant Superintendent of Family Engagement & Student Success
Phone: (253) 931-4932 | Email: rlarson@auburn.wednet.edu

Ця установа надає рівні можливості всім особам.

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