

2024–25 Заявка, предоставляющая право на обеспечение детей питанием и получение образовательных услуг в учебном году - Auburn School District

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

Подав эту заявку, вы можете получить право на: услуги по обеспечению питанием, продовольственную помощь по программе Summer Electronic Benefits Transfer (электронный перевод пособий во время летних каникул, Summer EBT) (если ребенок учится в школе, участвующей в National School Lunch Program (Национальная программа школьных обедов, NSLP) или School Breakfast Program (Программа школьных завтраков, SBP), снижение платы за участие в других программах и мероприятиях и/или помощь в обеспечении финансирования для вашего школьного округа. Auburn School District участвует в программе Community Eligibility Provision (программа обеспечения соответствующих сообществ продовольствием, CEP). Заполнение этой заявки не повлияет на ваше право получать питание бесплатно. **Заполните и подпишите эту заявку, а затем верните ее по адресу: ASD Child Nutrition Services 1302 4th Street SW, Auburn, WA 98001 PH: 253-931-4972 Email: Childnutrition@auburn.wednet.edu**

Отметьте здесь, если в прошлом году вам предоставлялось обеспечение питанием:

1. Укажите всех детей, которые проживают с вами и ходят в школу. Если учащийся живет в приемной семье, не имеет постоянного места жительства или получает услуги по обучению мигрантов, укажите это, поставив отметку «х» в соответствующем поле. Укажите все личные доходы, получаемые учащимся, и поставьте отметку «х» в соответствующем поле в зависимости от частоты их получения. Бездомные Мигранты

Фамилия учащегося	Имя учащегося	Средний инициал	Приемный ребенок	Дата рождения	Школа	Оценка	Доход учащегося	Раз в неделю	Раз в две недели	2 раза в месяц	Раз в месяц
			<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. 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, FDIPIR Номер справи: _____

3. Укажіть імена всіх інших членів домогосподарства. Введіть суми доходів (округливші 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)	Соціальна допомога / допомога на дитину / аліменти				Пенсії / виплати з приводу виходу у відставку / Supplemental Security Income (додатковий соціальний дохід, SSI)				Будь-який інший дохід (якого немає серед указаних раніше)							
			Раз на тиждень	Раз на два тижні	Двічі на місяць	Раз на місяць	Раз на тиждень	Раз на два тижні	Двічі на місяць	Раз на місяць	Раз на тиждень	Раз на два тижні	Двічі на місяць	Раз на місяць				
	<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"/>
	<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. Загальне число членів домогосподарства (врахуйте всіх людей, що проживають у вашому домогосподарстві): 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 Азійці
- Аляски Темношкірі або афроамериканці Корінне населення Гаваїв або інших островів Тихого океану
- Білі

- 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
			<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"/>

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), програми 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 використовуємо 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 визначити послуги, що надаються в межах їхніх програм; аудиторам для надання відгуків про програми; представникам правоохоронних органів, щоб допомогти їм визначити 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:

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

Auburn School District Kamool kin Ejellok Kalijeklok

Auburn School District ejab kalijeklok ilo jabdewot burokraam ak makutkut kin an armij kora ak emmaan, riia, tomarak, kabuñ, kalor in kil, lal eo juon ear ejaak jeñe, elañe juon ej veteran ak ritarinae, wāween an juon mour, kwalok ak kalikar ñe ae kora ak emmaan, utamwe, ak an kōjberbal kidu ñan jibañ kajinete, ak juon menninmour ñan jibañ im lelok bwe en ejellok kalijeklok ñan an kobalok ñan Boy Scouts ak kumi ko jet emoj kalikar an jodikdik. Rijerbal eo laajrak emōj kalikar enaj uwaake kajjitōk im abnōñ ko ñe emōj kalikar ewōr kalijeklok:

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 _____

Elig: _____ Reason: _____ Received Date: _____

By: _____ Effective Date: _____

By: _____ Date Processed: _____

CNS Staff Name

Russian

Peij 2 in 2