

نموذج أولي لطلب الأسرة الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومخفضة السعر

أكمل طلبًا واحدًا لكل أسرة. يُرجى استخدام قلم جاف (وليس قلم رصاص).

الخطوة 1 أدرج قائمة "بجميع" الأطفال والرضع والطلاب حتى الصف الثاني عشر. أرفق ورقة أخرى إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية لذكر مزيد من الأسماء.

أدرج قائمة "بجميع" الأطفال في الأسرة. لا تنتس أن تذكر الرضع، والأطفال الملتحقين بمدارس أخرى، والأطفال غير الملتحقين بالمدارس، والأطفال غير المتقدمين بطلب الحصول على إعانات. ويشمل هذا الأطفال الذين لا تربطهم صلة قرابة بك المقيمين في منزلك.

الاسم الأول للطفل	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير للطفل	الصف الدراسي	Foster Child	مهاجر	هارب من المنزل	مشرد

إذا قمت بتحديد أي من هذه المربعات، يُرجى الرجوع إلى الخطوة 1 من تعليمات التقدم بالطلب: الجزء C والجزء D.

الخطوة 2 هل يشارك أي من أفراد أسرتك (بمن فيهم أنت) في: برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)، أو برنامج المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)، أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR)؟ نعم لا

نعم لا أكتب رقم الحالة هنا وانتقل إلى الخطوة 4.

رقم الحالة (وليس رقم التحويل الإلكتروني للإعانات (Electronic Benefits Transfer, EBT):

اكتب رقم حالة واحدة فقط في هذه المساحة.

الخطوة 3 أدرج قائمة بجميع أفراد الأسرة ودخل كل فرد (قبل خصم الضرائب والاستقطاعات)

A. جميع أفراد الأسرة البالغين (أي شخص يعيش معك ويشاركك الدخل والمصروفات، حتى لو لم يكن على صلة قرابة بك، بمن في ذلك أنت).

أدرج قائمة بجميع أفراد الأسرة البالغين غير المذكورين في الخطوة 1 (بمن فيهم أنت) حتى لو لم يكن لديهم دخل. بالنسبة إلى كل فرد من أفراد الأسرة المُدرجين في القائمة، إذا كانوا يتلقون دخلًا، فأبلغ عن مجموع الدخل الإجمالي (قبل خصم الضرائب والاستقطاعات) لكل مصدر بالدولار الصحيح فقط (دون سنتات). في حال لم يكن لديهم دخل من أي مصدر، اكتب "0". إذا كتبت "0" أو تركت أي حقول فارغة، فأنت تقر (تتعهد) بعدم توفير دخل للإبلاغ عنه.

اسم أفراد الأسرة البالغين (الاسمان الأول والأخير)	الدخل من العمل	كم مرة يتم تلقيه؟ كل أسبوعين كل شهر كل أسبوعين كل أسبوعين كل أسبوعين	كم مرة يتم تلقيه؟ كل أسبوعين كل شهر كل أسبوعين كل أسبوعين كل أسبوعين	كم مرة يتم تلقيه؟ كل أسبوعين كل شهر كل أسبوعين كل أسبوعين كل أسبوعين	الإعانة الحكومية، ونفقة إعالة الطفل، والنفقة الزوجية	المعاشات، ومخصصات التقاعد، والضمان الاجتماعي، ودخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI)، ومخصصات شؤون المحاربين القدامى (Veterans Affairs, VA)، وجميع مصادر الدخل الأخرى

إجمالي أفراد الأسرة (الأطفال والبالغين)

الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي للعائل الرئيسي أو أي فرد آخر من أفراد الأسرة البالغين (إذا كان ذلك ممكنًا)

ضع علامة في حال عدم وجود رقم ضمان اجتماعي

كم مرة يتم تلقيه؟
كل أسبوعين
كل شهر
كل أسبوعين
كل أسبوعين
كل أسبوعين

دخل الأطفال

\$

B. دخل الأطفال

أحيانًا يكسب أطفال الأسرة دخلًا أو يتلقونه.

أدرج إجمالي الدخل (قبل خصم الضرائب والاستقطاعات) الذي حصل عليه "جميع" الأطفال المدرجين في الخطوة 1 هنا.

الخطوة 4 بيانات الاتصال وتوقيع الشخص البالغ. أعد النموذج المكتمل إلى مدرسة طفلك.

meals@cobbk12.org

"أقر (تتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وأنه تم الإبلاغ عن جميع مصادر الدخل. وأنفهم أن هذه المعلومات مقدمة فيما يتعلق باستلام الأموال الفيدرالية، وأن مسؤولي المدرسة قد يتحققون من (يؤكدون) المعلومات. وأدرك أنني إذا قدمت معلومات خطأ عمدًا، فقد يفقد أطفالي الحق في الحصول على إعانات الوجبات، وقد أتعرض للمقاضاة بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها".

العنوان البريدي (إن وجد)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الهاتف (اختياري)	البريد الإلكتروني (اختياري)	توقيع الشخص البالغ	تاريخ اليوم

أعد النموذج المكتمل إلى مدرسة طفلك.

مصادر وأمثلة على الدخل

لمعرفة معلومات إضافية عن الدخل، يُرجى الاطلاع على التعليمات المرفقة بهذا الطلب.

مصادر الدخل		أمثلة على دخل الأطفال
الدخل من العمل	الإعانة الحكومية/النفقة الزوجية/نفقة إعانة الطفل	المعاشات/مخصصات التقاعد/جميع مصادر الدخل الأخرى
الراتب والأجور والمكافآت النقدية والإكراميات والعمولات صافي الدخل من العمل الحر (مزرعة أو عمل تجاري)	إعانات البطالة التعويضات العمالية دخل الضمان التكميلي (SSI) المساعدة النقدية من الولاية أو الحكومة المحلية مدفوعات النفقة الزوجية مدفوعات إعالة الطفل مخصصات المحاربين القدامى إعانات الإضرابات	الضمان الاجتماعي/الإعاقعة (ومن ذلك مخصصات التقاعد للعاملين في قطاع السكك الحديدية ومخصصات المصابين بمرض الرئة السوداء من العاملين في مناجم الفحم) المعاشات الخاصة أو إعانات الإعاقعة الدخل من الصناديق الاستثمارية أو العقارات المعاشات السنوية الدخل من الاستثمار الفائدة المكتسبة الدخل الإيجاري المدفوعات النقدية التي يقدمها أشخاص من خارج الأسرة بانتظام
إذا كنت مُلتحقًا بالجيش الأمريكي: الراتب الأساسي والمكافآت النقدية ("لا" يشمل علاوة المخاطرة، أو بدل الإعاشة التكميلي للأسر (Family Supplemental Subsistence) Allowance, FSSA)، أو بدلات السكن المخصصة) بدلات السكن خارج القواعد العسكرية، وبدلات الغذاء والملبس		لدى الطفل وظيفة منتظمة بدوام كامل أو جزئي حيث يتقاضى عنها راتبًا أو أجرًا
		طفل كيفيف أو ذو إعاقة ويتلقى إعانات الضمان الاجتماعي أحد الوالدين معاق أو متقاعد أو متوفى ويتلقى طفله إعانات الضمان الاجتماعي
		صديق أو أحد أفراد الأسرة الممتدة يعطي الطفل مصروف جيب بانتظام
		يتلقى الطفل دخلًا منتظمًا من صندوق معاشات تقاعدية خاص أو معاش سنوي أو صندوق استثماري

اختياري

هويات الأطفال العرقية والإثنية. تظل هذه المعلومات سرية، ويمكن حمايتها بموجب قانون الخصوصية لعام 1974.

نحن مطالبون بطلب معلومات عن الهوية العرقية والإثنية لأطفالك. هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من أننا نخدم مجتمعنا بشكل كامل. الإجابة على هذا القسم أمر اختياري، ولا يؤثر على أهلية أطفالك للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر.

الهوية الإثنية (حدد خيارًا واحدًا): ☐ من أصل إسباني أو لاتيني (شخص من أصل كوبي أو مكسيكي أو بورتوريكي أو من أمريكا الجنوبية أو أمريكا الوسطى أو أي ثقافة أو أصل إسباني آخر، بغض النظر عن الهوية العرقية) ☐ ليس من أصل إسباني أو لاتيني

الهوية العرقية (حدد خيارًا واحدًا أو أكثر): ☐ من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين ☐ آسيوي ☐ من الأمريكيين السُمر أو المنحدرين من أصل أفريقي ☐ من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ ☐ أبيض

أعد هذا النموذج المكتمل إلى مدرسة طفلك. *يُرجى عدم إرسال الطلبات المكتملة عبر البريد أو الفاكس أو بالبريد الإلكتروني إلى مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA).

DO NOT FILL OUT For school use only.

Annual Income Conversion: Weekly × 52, Every 2 Weeks × 26, Twice a Month × 24, Monthly × 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

How often?		Household size	Categorical Eligibility ☐	Eligibility		
Total Income	Weekly ☐			Every 2 Weeks ☐	2x Month ☐	Monthly ☐
				Free ☐	Reduced ☐	Denied ☐
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature	Date	Verifying Official's Signature	Date	

بيان استخدام المعلومات

يتطلب قانون ريتشارد ب. راسل الوطني بشأن وجبات الغذاء المدرسية أن نستخدم المعلومات الواردة في هذا الطلب لمعرفة الأشخاص المؤهلين للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر. ولا يمكننا الموافقة سوى على نماذج الطلبات المكتملة. قد نشارك معلومات الأهلية الخاصة بك مع برامج التعليم والصحة والتغذية لمساعدتهم على تقديم إعانات البرنامج لأسرتك. قد يستخدم المفتشون وجهات إنفاذ القانون أيضًا معلوماتك للتأكد من استيفاء قواعد البرنامج.

يُرجى التأكد من توفير آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بفرد الأسرة البالغ الموقع على الطلب. إذا لم يكن لدى الشخص البالغ رقم ضمان اجتماعي، "ضع علامة في حال عدم وجود رقم ضمان اجتماعي"، فإنه لا يلزم إدراج رقم الضمان الاجتماعي في الطلبات الخاصة بـ Foster Child. بالنسبة إلى طلبات الأطفال في الأسر التي تتلقى مساعدات من برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج المعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDPIR)، فلا يلزم إدراج رقم الضمان الاجتماعي. بعض الأطفال مؤهلون للحصول على وجبات مجانية دون تقديم طلب. يُرجى التواصل مع المدرسة التابع لها للحصول على وجبات مجانية لكل Foster Child والأطفال المشردين أو المهاجرين أو الهاربين من المنزل.

يقتصر استخدام بيانات الاتصال الواردة أدناه على تقديم شكوى التعرض للتمييز فحسب

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميل الجنسي) أو الإعاقة، أو العمر، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية. قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بدلية للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على 720-2600 (202) (مكالمة صوتية أو مكالمة مخصصة للصم والبكم (TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال الخدمة الفيدرالية للصم والبكم على 877-8339 (800).

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية Form AD-3027، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-arabic.pdf> من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، عن طريق الاتصال بالرقم 632-9992 (866)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA). ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كافٍ لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل AD-3027 إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

*البريد: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

رقم الفاكس: 256-1665 (833)، أو 690-7442 (202)، أو
البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

*لا ترسل الطلبات بالبريد على هذا العنوان، أرسل شكاوى التعرض للتمييز فقط.

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

أعد النموذج المكتمل إلى مدرسة طفلك.