

2022-2023 年度学校ランチ無料・割引申請

パート 1. すべての世帯員																
同居する家族の名前 (名、苗字)	各お子様の学校名と学年、 お子様が学校に通っていない場合は「NA」と記入してください。						里子の場合はチェックを入れてください (福祉機関または裁判所の法的責任)。 *以下に記載されているすべてのお子様は里子である場合、 パート 5 に進んでこのフォームに署名してください。						無収入の 場合は 記記して ください。			
	学校	学年														
												<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"/>			
パート 2. 援助金: 世帯のいずれかのメンバーが補足栄養支援プログラム (SNAP) またはオハイオ ワークス ファースト (OWF) の給付を受けている場合は、 以下にご記入ください。受給者の名前と 7 桁のケース番号を記入して、 パート 5 にお進みください。これらの受給者がいない場合は、 パート 3 へお進みください。 名前: _____ 7桁のケース番号: _____																
パート 3. 申請するお子様がホームレス、移民、家出した子供である場合は、該当するチェック欄にチェックを入れ、 Jennifer Hoehn ジェニファー・ホーン (Jennifer.hoehn@bss.k12.oh.us, 937-848-5001 内線 6105) に連絡してください。ホームレス <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 家出人 <input type="checkbox"/>																
パート 4. 世帯総収入 (控除前) すべての所得を、それを受け取る人と同じ行に記入してください。受給の頻度を欄にチェックしてください。 収入は1度だけ記録してください。																
2. 総収入とそれを受け取っている頻度																
1. 名前 (収入のある世帯員を挙げてください。)	控除前の 労働収入	毎週	2週間ごと	月に2回	毎月	福利厚生、 養育費、 慰謝料	毎週	2週間ごと	月に2回	毎月	年金、退職金、 社会保障、 SSI、 VA 給付金	毎週	2週間ごと	月に2回	毎月	その他の収入 (「毎週」 「毎月」 「四半期ごと」 「毎年」 など、頻度を 記入してください。)
(例) ジェーン・スミス	\$ 200	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 ドル/4 半期
	\$	<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"/>	\$ ____/____
パート 5. 学校の授業料免除 成人の同意: あなたのお子様は、教育費の免除を受ける資格があるかもしれません。お子様が費用免除の資格があるかどうかを判断するために、 食事の申請情報を学校関係者と共有することにあなたの許可が必要です。この質問に回答しても、お子様が無料または割引価格の食事を受けられるかどうかが変わる わけではありません。該当するものにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> はい、私の子供が費用免除の対象となるかどうかを判断するために、私の食事申込書が使用されることに同意します。 <input type="checkbox"/> いいえ、私の子供が料金免除の対象となるかどうかを判断するために、私の食事申込書が使用されることに同意しません。																
パート 6. 署名と社会保障番号の下 4 桁 (成人の署名が必要) この申請書に成人した世帯員の署名が必要です。パート 4 を完了した場合、フォームに署名する成人は、自分のソーシャルセキュリティ番号の下 4 桁を記載するか、 「ソーシャルセキュリティ番号を持っていません」のチェック欄に印を付ける必要があります。(裏面の個人情報保護法に関する声明をご覧ください。) 私は、この申込書のすべての情報が真実であり、すべての収入が報告されていることを証明 (約束) します。私が提供した情報に基づいて、学校が連邦政府資金を受け取ることを 理解しています。私は、学校関係者がその情報を確認 (審査) することがあることを理解しています。私は、故意に虚偽の申告をした場合、私の子供が食事手当を失う可能性 があること、また州法および連邦法に基づき起訴される可能性があることを理解しています。 署名: _____ 氏名 (活字体): _____ 日付: _____ 住所: _____ 電話番号: _____ ソーシャルセキュリティ番号の下 4 桁: _____ <input type="checkbox"/> ソーシャルセキュリティ番号を持っていません																
パート 7. お子様の民族と人種のアイデンティティ: お子様の人種や民族に関する情報をお伺いする必要があります。この情報は重要であり、私たちが地域社会に十分なサービ スを提供していることを確認するために役立ちます。この欄への回答は任意であり、お子様が無料または割引価格の食事を受ける資格に影響を与えるものではありません。																
民族を1つ選択してください。						1つ以上選択してください(民族に関係なく)。										
<input type="checkbox"/> ヒスパニック/ラテン系						<input type="checkbox"/> アジア人		<input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民				<input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人				
<input type="checkbox"/> ヒスパニック/ラテン系ではありません						<input type="checkbox"/> 白人		<input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋島民								
この項目は記入しないでください。学校での使用のみを意図しています。																
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12																
Total Income: _____ Per: <input type="checkbox"/> Week, <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks, <input type="checkbox"/> Twice per Month, <input type="checkbox"/> Month, <input type="checkbox"/> Year Household size: _____																
Categorical Eligibility: _____ Free _____ Reduced _____ Denied _____ Reason: _____																
Determining/Approval Official's Signature: _____ Date: _____																

あなたのお子様は、あなたの世帯収入がこの表の限度額以下であれば、無料または割引価格の食事を受ける資格があるかもしれません。

個人情報保護法に関する声明: これは、あなたが当機関に提供された情報をどのように使用するかを説明しています。

リチャード B. ラッセル国立学校ランチ法では、この申請上でのその情報の記載が義務付けられています。情報の提供は必須ではありませんが、情報が提供されない場合、州機関はお子様の無料または割引価格の食事を承認することができません。申請書に署名する成人世帯員のソーシャルセキュリティ番号の下4桁を記載する必要があります。里子に代わって申請する場合、子供の補足栄養補助プログラム (SNAP) を記載する場合、オハイオ州ワークスファースト (OWF) のケース番号やその他の識別子を記載する場合、あるいは申請書に署名する成人の世帯員が社会保障番号を持っていないことを示す場合には、ソーシャルセキュリティ番号の下4桁は必要ではありません。私達は、お子様が無料または割引価格の食事を受ける資格があるかどうかを判断し、昼食および朝食プログラムの管理・実施のために、申請者の情報を使用します。私達は、教育、健康、栄養プログラムの評価の支援、また、プログラムの資金調達、給付の決定、プログラムレビューのための監査人、および、プログラム規則に対する違反の調査を支援するための法執行当局と、あなたの資格情報を共有することがあります。

所得適格性 ガイドライン 2022-2023			
世帯人数	毎年	毎月	毎週
1	25,142 ドル	2,096 ドル	484 ドル
2	33,874	2,823	652
3	42,606	3,551	820
4	51,338	4,279	988
5	60,070	5,006	1,156
6	68,802	5,734	1,324
7	77,534	6,462	1,492
8	86,266	7,189	1,659
各追加人物	8,732	728	168

USDA 差別禁止声明

連邦公民権法および米国農務省 (USDA) の公民権規制および方針に従い、USDA、その機関、事務所、従業員、および USDA プログラムに参加または管理する機関は、人種、肌の色、国籍、性別、障害、年齢、または USDA が実施または資金提供するプログラムまたは活動における以前の公民権活動に対する報復または報復に基づいて差別することが禁じられています。

プログラム情報 (点字、大活字、オーディオテープ、アメリカ手話など) の代替通信手段を必要とする障害者は、給付金を申請した機関 (州または地方) に連絡する必要があります。聴覚障害者、難聴者、または言語障害のある個人は、連邦リレーサービス (800) 877-8339 を通じて USDA に連絡することができます。また、プログラム情報は英語以外の言語で公開される場合があります。

プログラムによる差別の苦情を申し立てるには、オンラインで見つかる **USDA プログラム差別苦情フォーム (AD-3027)** <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> (印刷文書の場合) または **プログラム差別苦情の提出方法 (オンライン文書の場合)** および USDA のオフィスに記入するか、USDA 宛ての手紙を書いて、フォームで要求されたすべての情報を手紙に記入してください。苦情フォームのコピーをリクエストするには、(866) 632-9992 までお電話ください。記入済みのフォームまたは手紙を USDA に提出するには、次の方法で送信してください。

- (1) 郵便: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington D.C. 20250-9410;
- (2) ファクシミリ: (202) 690-7442; 又は
- (3) 電子メール: program.intake@usda.gov.

この機関は、機会均等の提供者です。

メディケイドと/ヘルシースタート、ヘルシーファミリーズプログラムの情報共有

保護者各位:

お子様が無料または割引価格の学校ランチを受けている場合、メディケイドやオハイオ州のヘルシースタート、ヘルシーファミリーズプログラムを通じて無料または低料金の健康保険を受けることができる場合があります。健康保険に加入している子どもは、定期的な健康管理を受けている可能性が高く、病気で学校を休むことも少ない傾向があります。

健康保険は子供たちの健康にとって非常に重要であるため、法律により、お子様が無料または割引価格の食事を受ける資格があることをメディケイドとヘルシースタート、ヘルシーファミリーズに伝えることが法律によって許されています（ただし、あなたがそのことを伝えないようにと言う場合を除きます）。メディケイドとヘルシースタート、ヘルシーファミリーズは、それぞれのプログラムの対象となる可能性のある子供を特定するためにのみ、この情報を使用します。お子様の登録を、プログラムの担当者から申し出る連絡がある場合があります。学校ランチ費無料・割引申請書を記入しても、自動的に健康保険に加入するわけではありません。

メディケイドやヘルシースタート、ヘルシーファミリーズとの情報共有を希望しない場合は、以下のフォームに必要事項をご記入の上、送信してください。（このフォームを送信しても、お子様が無料または減額給食を受けられるかどうかは変わりません）。

いいえ。私の学校のランチ費無料・割引申請書の情報をメディケイド、ヘルシースタート、ヘルシーファミリーズとの共有は望んでいません。

「いいえ」にチェックを入れた方は、以下のフォームに必要事項をご記入ください。

お子様の氏名： _____ 学校名： _____

お子様の氏名： _____ 学校名： _____

お子様の氏名： _____ 学校名： _____

お子様の氏名： _____ 学校名： _____

保護者の署名： _____ 日付： _____

氏名（活字体）： _____ 住所： _____

詳しくは、Jennifer Hoehn ジェニファー・ホーン (Jennifer.hoehn@bss.k12.oh.us)、または 937-848-5001 内線 6105) までお問い合わせください。

この機関は、機会均等の提供者です。

学校ランチプログラムの対象となるお子様はいらっしゃいますか？
もしいらっしゃれば、あなたの家族は無料の医療保険に加入する資格があります！



ヘルシースタートとヘルシーファミリーズ

ヘルシースタートは、子供（出生から19歳まで）と妊婦のための無料の医療保険を提供しています。

ヘルシーファミリーズは、親と子の家族全員に無料の保険を提供します。

ヘルシースタートとヘルシファミリーズの適応

医師の診察	処方箋
入院治療	視力サービス
予防接種	歯科医療
薬物依存症	メンタルヘルス

その他にも色々あります。

お問い合わせ・お申し込みはこちら

1-800-324-8680（無料通話）

TDD 1-800-292-3572

月～金 午前7時から午後8時

土・日午後12時から午後5時

家族の人数と収入によって、あなたと家族がヘルシースタートまたはヘルシーファミリーズの対象となるかどうかが決まります。ヘルシースタートとヘルシーファミリーズは、オハイオ州の雇用家族サービス省が運営するメディケイドプログラムです。