

2022-2023 ПРОТОТИП СЕМЕЙНОЙ ЗАЯВКИ НА БЕСПЛАТНОЕ И ЛЬГОТНОЕ ШКОЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Часть 1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

Имена всех членов семьи (имя, инициал отчества, фамилия)	Название школы и класс для каждого ребенка / или указать «NA», если ребенок не посещает школу. Школа _____ Класс _____	Проверьте, является ли приемный ребенок (юридическая ответственность агентства социального обеспечения или суда) *В случае если все дети, перечисленные ниже, являются приемными детьми, перейдите к части 5, чтобы подписать эту форму.	Отметьте, если нет дохода
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Часть 2. ЛЬГОТЫ: Если какой-либо член вашей семьи получает пособие по Программе льготного получения продуктов (SNAP) или Программе Ohio Works First (OWF), укажите имя и 7-значный номер дела для человека, который получает пособия, и перейдите к части 5. Если никто не получает эти льготы, перейдите к части 3.

ИМЯ: _____ 7-ЗНАЧНЫЙ НОМЕР ДЕЛА: _____

Часть 3. Если какой-либо ребенок, на которого вы оформляете заявку, является бездомным, мигрантом или беглецом, отметьте соответствующий поле и свяжитесь с Дженнифер Хэн Jennifer.hoehn@bss.k12.oh.us или 937-848-5001 ext. 6105 Бездомный Мигрант Беглец

Часть 4. ОБЩИЙ ВАЛОВОЙ СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД (до вычетов). Перечислите все доходы на той же строке с именем человека, который его получает. Поставьте отметку на поле о том как часто он его получает. Отметьте каждый доход только один раз.

1. ИМЯ (Перечислите всех членов семьи получающих доход)	2. ВАЛОВОЙ ДОХОД И КАК ЧАСТО ОН БЫЛ ПОЛУЧЕН															
	Заработная плата по месту работы до вычетов	Еженедельный	Ежемесячный	Ежеквартальный	Другой	Государственная помощь, Пособие на ребенка, Алименты	Еженедельный	Ежемесячный	Ежеквартальный	Другой	Пенсии, Пенсионное обеспечение, социальное обеспечение, SSI, пособия ветеранам (VA)	Еженедельный	Ежемесячный	Ежеквартальный	Другой	Все прочие доходы (укажите периодичность, например, «еженедельно», «ежемесячно», «ежеквартально», «ежегодно»)
<i>(Пример) Джейн Смит</i>	\$200	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150 долларов США	<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"/>	\$50.00/ ежеквартально
	\$	<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"/>	\$ /

Часть 5. СОГЛАСИЕ ВЗРОСЛЫХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ НА ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ПЛАТЫ ЗА ОБУЧЕНИЕ В ШКОЛЕ: Ваш ребенок (дети) может получить разрешение на бесплатное обучение в школе. Ваше разрешение требуется для того, чтобы предоставить информацию о вашей заявке на бесплатное питание школьной администрации для принятия решения о предоставлении бесплатного обучения вашему ребенку. Ответ на этот вопрос не повлияет на получение бесплатного или льготного питания для ваших детей.

Пожалуйста, отметьте поле: *Да, я согласен с тем, чтобы моя заявка на питание использовалась для принятия решения о том, имеет ли мой ребенок (дети) право на бесплатное обучение и я согласен с тем, чтобы мое заявление на получение бесплатного питания использовалось для определения того, имеет ли мой ребенок (дети) право на получение бесплатного образования.

Часть 6. ПОДПИСЬ И ПОСЛЕДНИЕ ЧЕТЫРЕ ЦИФРЫ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (ВЗРОСЛЫЙ ЧЛЕН СЕМЬИ ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬ)

Взрослый член семьи должен подписать заявление. Если часть 4 заполнена, взрослый член семьи, подписывающий форму, должен также предоставить последние четыре цифры своего номера социального страхования или отметить поле «У меня нет номера социального страхования». (См. Заявление о законе о конфиденциальности на обратной стороне этой страницы.)

Я подтверждаю (уведомляю), что вся информация в этом заявлении является правдивой и что все источники дохода указаны. Я понимаю, что школа будет получать федеральные средства на основании информации, которую я предоставил. Я понимаю, что представители школьной администрации могут найти подтверждение истинности (проверить) предоставленной информации. Я понимаю, что преднамеренное искажение информации может привести к тому, что мои дети потеряют льготы на питание, а я могу быть подвергнут судебному преследованию в соответствии с федеральными законами.

Подпишите здесь: X _____

Напишите имя печатными буквами: _____

Дата: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Последние четыре цифры вашего номера социального страхования: _____

1 не имеют номера социального страхования

Часть 7. Этническая и расовая принадлежность детей: Мы обязаны запросить информацию о расе и этнической принадлежности ваших детей. Эта информация важна и гарантирует полное обеспечение нужд нашего населения. Ответ на этот раздел является необязательным и не влияет на право ваших детей на бесплатное питание или питание по сниженной цене.

Выберите одну этническую принадлежность:

- Испаноязычные/Латиноамериканцы
 Не испаноязычный/латиноамериканец

Отметьте одно или несколько полей (независимо от этнической принадлежности):

- Азиатская Американский индеец или коренной житель Аляски Чернокожий или афроамериканец
 Белый Коренной гавайец или другой житель тихоокеанских островов

Не заполняйте этот раздел. Предназначен только для школьного использования.

Годовая конвертация дохода: Ежедневно x 52, Каждые 2 недели x 26, Два раза в месяц x 24, Ежемесячно x 12

Общий доход: За: неделю, каждые 2 недели, два раза в месяц, месяц, год Число совместно проживающих:

Категории с правом на участие: Бесплатный Сокращенный Отказано Причина:

Подпись должностного лица, определяющего/утверждающего: Дата:

Ваши дети могут претендовать на бесплатное питание или питание по сниженным ценам, если доход вашей семьи соответствует или ниже данного уровня

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОТБОРА ПО ДОХОДУ 2022-2023			
Число проживаю- щих	Ежегод- ный	Ежемес- ячный	Ежене- дельны й
1	25 142 долл.	2 096 долл.	484 доллар а США
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
Каждый дополнит- ельный член семьи:	8,732	728	168

лимиты на этом графике.

Декларация Закона о Конфиденциальности: Это объясняет, как мы будем использовать информацию, которую вы нам предоставляете.

Закон Ричарда Б. Рассела о национальных школьных обедах требует предоставление информации в этой заявке. Вы не обязаны предоставлять информацию, но если информация не предоставлена, государственная организация не сможет утвердить предоставление вашему ребенку бесплатного или льготного питания. Вы должны включить последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, подписывающего заявку. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, когда вы подаете заявку от имени приемного ребенка или указываете номер дела Программе льготного получения продуктов (SNAP), номер дела Ohio Works First (OWF) или другой идентификатор для вашего ребенка, в случае если вы указываете, что взрослый член семьи, подписывающий заявление, не имеет номера социального страхования. Мы будем использовать вашу информацию, чтобы определить, имеет ли ваш ребенок право на бесплатное питание или питание по сниженной цене, а также для администрирования и предоставления программ обедов и завтраков. Мы можем предоставить вашу информацию о правомочности получения льгот другим программам в области образования, здравоохранения и питания, чтобы помочь им сделать оценку, предложить финансирование или определить соответствующие льготы для предоставления их услуг, а также организациям осуществляющим контроль и сотрудникам правоохранительных органов, чтобы помочь им разобраться в нарушениях правил по применению этих программ.

Декларация Министерства сельского хозяйства США о недискриминации

В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), Министерству сельского хозяйства США, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещается дискриминировать по признаку расы, цвета кожи, национального

происхождения, пола, инвалидности, возраста или репрессий или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой USDA.

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, американский язык жестов и т.д.), должны связаться с Агентством (государственным или местным), где они подали заявку на получение пособий. Лица, которые являются глухими, слабослышащими или имеют нарушения речи, могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните **форму жалобы на дискриминацию в рамках программы МИНИСТЕРСТВА сельского хозяйства США (AD-3027)**, которую можно найти в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> **(для печатных документов) или Как подать жалобу на дискриминацию в рамках программы (для онлайн-документов)**, и в любом офисе Министерства сельского хозяйства США, или напишите письмо, адресованное Министерству сельского хозяйства США, и предоставьте в письме всю информацию, запрошенную в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство сельского хозяйства США:

- (1) почта: Министерство сельского хозяйства США
Офис помощника секретаря по гражданским правам 1400 Independence Avenue, SW
Вашингтон, округ Колумбия 20250-9410;
- (2) факс: (202) 690-7442; или
- (3) Отправить по электронной почте: program.intake@usda.gov.

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, американский язык жестов и т.д.), должны связаться с Агентством (государственным или местным), где они подали заявку на получение пособий. Лица, которые являются глухими, слабослышащими или имеют нарушения речи, могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните **форму жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA** (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> **(для печатных документов)** или **How to Filed a Program Discrimination Complaint** **(для онлайн-документов)**, и в любом офисе USDA, или напишите письмо, адресованное USDA, и предоставьте в письме всю информацию, запрошенную в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство сельского хозяйства США:

- (1) почта: Министерство сельского хозяйства США
Офис помощника секретаря по гражданским правам 1400 Independence Avenue, SW
Вашингтон, округ Колумбия 20250-9410;
- (2) факс: (202) 690-7442; или
- (3) Отправить по электронной почте: program.intake@usda.gov

(4)

Последнее изменение: Апрель 2022 г.

ОБМЕН ИНФОРМАЦИЕЙ С MEDICAID/Healthy Start, Здоровые семьи

Уважаемый родитель/опекун!

Если ваши дети получают бесплатное или льготное школьное питание, они также могут иметь право на бесплатное или недорогое медицинское страхование через Medicaid или программу штата Огайо Healthy Start, Healthy Families. Дети с медицинской страховкой с большей вероятностью получают регулярную медицинскую помощь и с меньшей вероятностью пропустят школу из-за болезни.

Поскольку медицинское страхование очень важно **для благополучия детей**, закон позволяет нам сообщать Medicaid и Healthy Start, Healthy Families, **что ваши дети имеют право на бесплатное или льготное питание, если вы не скажете нам не делать этого.** Medicaid и *Healthy Start, Healthy Families* используют информацию только для идентификации детей, которые могут иметь право на участие в их программах. Должностные лица программы могут связаться с вами, чтобы предложить зарегистрировать ваших детей. Заполнение заявки на бесплатное и льготное школьное питание не приводит к автоматическому зачислению ваших детей в медицинскую страховку.

Если вы не хотите, чтобы мы делились вашей информацией с Medicaid или *Healthy Start, Healthy Families*, заполните форму ниже и отправьте (отправка в этой форме не изменит, получают ли ваши дети бесплатное или льготное питание).

- Нет! Я НЕ** хочу, чтобы информация из моего приложения для бесплатного и льготного школьного питания была передана Medicaid или *Healthy Start, Healthy Families*.

Если вы указали нет, заполните форму ниже.

Имя ребенка:Школа:

Имя ребенка:Школа:

Имя ребенка:Школа:

Имя ребенка:Школа:

Подпись родителя/опекуна:Дата:

Напечатанное имя:Адрес:

Для получения дополнительной информации вы можете **Дженнифер Хён** по телефону Jennifer.hoehn@bss.k12.oh.us или 937-848-5001 ext. 6105

Это учреждение предоставляет равные возможности.

Имеет ли ваш ребенок право на участие в программе школьного питания?

Если это так, ваша семья может претендовать на медицинское страхование See!



Здоровый старт и здоровые семьи

Health/ Start предлагает бесплатное медицинское обслуживание для детей (от рождения до 19 лет) и беременных женщин.

Health/ Families предлагает бесплатное медицинское обслуживание для семьи - родителей И детей.

Здоровый старт и здоровые семьи охватывает:

Визиты к врачу	Рецепты
Больничная помощь	Услуги машинного зрения
Прививки	Стоматологическая помощь
Токсикомании	Психическое здоровье
И многое другое!	

Для получения дополнительной информации или заявки звоните:

1-800-324-8680 (звонок бесплатный!)

ТДД 1-800-292-3572

Понедельник - пятница с 7 утра до 8 вечера

Суббота - воскресенье с 12:00 до 17:00

—КК

ЗдоровыйСтарт

Здоровый t &
Здоровый

Размер и детерме вашей фамилии Если вы и ваш соийй элге из Heathy Stat или Heolhy Family.
Hach'y Stat & Healthy Fomles de /dadcad PfogiatK and\-nster?d by The Ohia DspartnKnt of Job & Fmy Serices