

نرجو تعبئة طلب واحد لجميع الأطفال الذين يداومون بنفس المدرسة. نرجو إعادة الطلب إلى مدرسة طفلك

القسم 1

أنا غير مؤهل للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر. نرجو تعبئة القسم 3 ببيانات التلميذ(ة). والانتقال للقسم 5 للتوقيع وتاريخ الطلب. أعد الطلب إلى المدرسة.

القسم 2

أكتب هنا رقم الحالة الخاص ببرنامج (SNAP) (كوبونات الطعام) أو رقم الحالة الخاص ببرنامج (TANF) (كوبونات الطعام) رقم الحالة موجود بخطاب المزايا الخاص بك

رقم الحالة ببرنامج (SNAP) (كوبونات الطعام) أو برنامج (TANF)

(انتقل إلى القسم 3 ثم القسم 5 لتوقيع وتاريخ استمارة الطلب)

اسم المدرسة

رمز المدرسة

اختر الحرف الذي تقع فيه المدرسة

M BX Q BK SI

القسم 3

أكتب فقط أسماء الأطفال الذين يداومون بهذه المدرسة

SCHOOL USE ONLY:
ENTER GRADE AND STUDENT ID NUMBER

أكتب الاسم القانوني للتلاميذ الذين يداومون بهذه المدرسة (*معلومات اختيارية) *تاريخ الميلاد

شهر	يوم	سنة	الاسم الأول	الاسم الأخير الأوسط	الجنس*	دخل الاستخدام الشخصي	دخل بالخصانة
1							
2							
3							
4							
5							

*GRADE	*OSIS # (Student ID Number)

القسم 4

اكتب الاسم الأول والاسم الأخير لكل شخص يعيش في منزل العائلة بما في ذلك الأطفال الذين يداومون بمدارس أخرى.

أكتب الدخل الحالي وفترات دفع المرتب لجميع أفراد الأسرة بمنزل العائلة. الدخل الحالي هو جميع النقود المتحصل عليها وفترات التحصل عليها من جميع المصادر. إذا لم تكتب عدد مرات الحصول على الدخل سيتم اعتبار الدخل المذكور دخلاً أسبوعياً. استخدم الحروف التالية لتحديد مرات الحصول على الدخل. W = أسبوعياً؛ B = كل أسبوعين؛ Y = مرتين في الشهر؛ Y = سنوياً

لا تكتب الأسماء المدرجة بالقسم 3

ما هي وثيقة تلقي الدخل؟	أيه دخول أخرى؟	مدفوعات مكافئة نهاية الخدمة. التقاعد/ الضمان الاجتماعي	إجمالي الدخل من العمل (قبل الاستقطاعات) لجميع الوظائف	إجمالي الدخل من العمل (قبل الاستقطاعات) لجميع الوظائف	ما هي وثيقة تلقي الدخل؟

القسم 5

أجمع الأسماء المذكورة في القسم 3 والقسم 4 مجموع عدد الأفراد في منزل العائلة

مطلوب التوقيع ورقم الضمان الاجتماعي يتعين على شخص بالغ من أفراد العائلة يزيد عمره عن 21 سنة. أن يقدم الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي [SSN] الخاص به. وأن يوقع ويؤرخ هذه الاستمارة قبل معالجتها واعتمادها. أقر بأن جميع المعلومات المقدمة هي معلومات صحيحة وأنتي قد صرحت بجميع مصادر الدخل. أذكر أن هذه المعلومات مقدمة للمدرسة للحصول على أموال فيدرالية، وأن مسؤولي المدرسة قد يقومون بالتحقق من صحة المعلومات المقدمة. وأن التحوير التعمد للمعلومات قد يُعرضني للمحاكمة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. وأن أطفالاً قد يفقدون أهلية الاستفادة من إعانات الوجبات المدرسية.

توقيع الشخص البالغ بالعائلة الذي قام بتعبئة استمارة الطلب

أكتب الاسم الكامل للشخص البالغ بالعائلة الذي قام بتوقيع الاستمارة

ادخل تاريخ اليوم

شهر / يوم / سنة

شخص بالغ من أفراد العائلة

أكتب الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي

إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي أدخل "X"

العنوان

رقم الشقة

المدينة

الرمز البريدي

رقم الهاتف المحمول

أفضل الأوقات للاتصال:

- 8:00 صباحاً - 11:00 صباحاً
- 11:00 صباحاً - 2:00 بعد الظهر
- 2:00 بعد الظهر - 5:00 مساءً
- 5:00 مساءً - 8:00 مساءً

() رقم هاتف المنزل

() رقم الهاتف خلال النهار

() رقم الهاتف المحمول

بيان قانون الخصوصية

يقتضي القسم 9 من القانون الوطني للغذاء المدرسي (NSLA) أنه ما لم يتم تقديم رقم حالة أطفالك الخاص بـكوبونات الطعام (SNAP) أو إعانات (TANF) أو (FDPIR)، فلا بد من تقديم رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ بالمنزل الذي يقوم بتوقيع الطلب أو الإشارة إلى أنه ليس لدى ذلك الشخص رقم ضمان اجتماعي. الإدلاء برقم الضمان الاجتماعي اختياري. ولكن، أنه إذا لم يقدم رقم ضمان اجتماعي ولم تتم الإشارة في الطلب إلى أن الموقع ليس لديه رقم للضمان الاجتماعي، فلا يمكن الموافقة على الطلب. قد يستخدم رقم الضمان الاجتماعي للتعرف على الشخص في سبيل التحقق من صحة المعلومات المكتوبة على استمارة الطلب. ويجوز أن يتم القيام بجهود التحقق هذه من خلال مراجعات البرامج، والتدقيق والتحقق، ويجوز أن تشمل الاتصال برب العمل لتحديد الدخل، والاتصال بمكتب كوبونات الطعام (SNAP) أو مكتب الإعانة الاجتماعية للحصول على شهادات راهنة على استلام كوبونات الطعام (SNAP) أو غيرها من الإعانات، والاتصال بمكتب ضمان التوظيف التابع للولاية من أجل تحديد مبلغ المخصصات التي يتم تلقيها والتحقق من الوثائق التي يقدمها أفراد العائلة لإثبات مبلغ الدخل الذي يتلقونه. قد تؤدي هذه الجهود إلى فقدان المخصصات أو تخفيضها، أو القيام بتحقيقات إدارية، أو رفع دعوى قانونية إذا تم تقديم معلومات غير صحيحة.

بيان بعدم التمييز: وفقاً للقانون الفدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، تحظر هذه المؤسسة من ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو الإعاقة. لتقديم شكوى، أكتب إلى مكتب الحقوق المدنية بوزارة الزراعة الأمريكية بهذا العنوان: (USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call (800) 795-3272 or (202) 720-6382 (TTY)). وزارة الزراعة الأمريكية تعتمد المساواة في التشغيل وتقديم الفرص.

إعادة التقديم من جديد: يمكنك تقديم طلب للحصول على الوجبات مرة أخرى في أي وقت من العام الدراسي. كما يمكنك أيضاً، إذا لم تكن مؤهلاً الآن وأصبحت في وقت لاحق خلال السنة الدراسية عاطلاً عن العمل أو إذا انخفض دخل أفراد العائلة المقيمين معك أو زاد عدد أفرادها، أن تطلب الحصول على استمارة طلب وأن تملؤها آنذاك. سيتم تبليغك بقرار الموافقة على طلبك أو رفضه. إلا أنه إذا كانت المخصصات المقدمة للأسرة قد انقضت أو أعادت الأسرة تقديم الطلب خلال السنة الدراسية نفسها، فإنها مطالبة بتقديم وثائق إثبات الدخل أو دليل المشاركة في برنامج قسائم الطعام (SNAP) أو إعانات (FDPIR) أو (TANF) في وقت إعادة الطلب. ولا تعد هذه الطلبات طلبات جديدة.

ضمان الخصوصية: لقد وافقت وزارة الزراعة الأمريكية على الإفصاح عن أسماء التلاميذ ووضعهم من الأهلية، دون موافقة الوالدة(ة) أو ولي(ة) الأمر، لأشخاص لهم صلة مباشرة بإدارة برامج التعليم الفيدرالية أو تنفيذها مثل برنامج الباب الأول (Title I)، والتقييم الوطني للتقدم التعليمي (NAEP)، وهي برامج لوزارة التعليم الأمريكية تستخدم لتحديد مجالات مثل تخصيص الأموال للمدارس، وتقييم الحالة الاجتماعية والاقتصادية في مجالات المواطنة على الحضور بالمدارس، وتقييم مستوى تقدم التعليم. يمكن الإفصاح عن المعلومات أيضاً إلى برامج الولاية الخاصة بالصحة أو التعليم التي تديرها وكالة للتعليم تابعة للولاية أو محلية، شرط أن تكون الوكالة للتعليم التابعة للولاية أو المحلية تقوم بإدارة البرنامج، وبرنامج غذائية على المستوى الفيدرالي وعلى مستوى الولاية والمستوى المحلي شبيهة بالبرنامج الوطني للغذاء في المدارس. إضافة إلى ذلك، قد يفصح عن جميع المعلومات الواردة في استمارة طلب الوجبات المجانية أو بسعر مخفض إلى الأشخاص ذوي الصلة المباشرة بإدارة أو تنفيذ البرامج المصرح بها بموجب القانون الوطني للغذاء بالمدارس (National School Lunch Act: NSLA) أو قانون تغذية الطفل (Child Nutrition Act: CNA)؛ بما فيها البرنامج الوطني للغذاء بالمدارس وبرنامج الإفطار بالمدارس، وبرنامج الحليب الخاص (Special Milk Program)، والبرنامج الغذائي لرعاية الأطفال والبالغين (Child and Adult Care Food Program)، وبرنامج خدمات الطعام في فصل الصيف (Summer Food Service Program)، وبرنامج المعونات الغذائية التكميلية للأمهات والرضع والأطفال (WIC)؛ والمراقب العام للولايات المتحدة لأغراض التدقيق، والمسؤولون عن تنفيذ القانون على المستوى الفيدرالي أو مستوى الولاية أو المستوى المحلي الذين يقومون بالتحقيق في المخالفات المزعومة للبرامج بموجب قانون (NSLA) أو قانون (CNA). يتطلب الإفصاح عن معلومات الأهلية التي لم يخول القانون الوطني للغذاء المدرسي (NSLA) تحديداً بالإفصاح عنها موافقة خطية من الوالدة(ة) أو ولي(ة) الأمر.

معلومات أهلية الدخل للحصول على وجبات غذائية مخفضة السعر**				
الدخل الأسبوعي لا يزيد عن	الدخل كل أسبوعين لا يزيد عن	الدخل نصف الشهري لا يزيد عن	الدخل الشهري لا يزيد عن	عدد أفراد الأسرة في منزل العائلة
388 دولار	775 دولار	840 دولار	1,679 دولار	1
524	1,047	1,134	2,268	2
660	1,319	1,429	2,857	3
796	1,591	1,723	3,446	4
932	1,863	2,018	4,035	5
1,067	2,134	2,312	4,624	6
1,203	2,406	2,607	5,213	7
1,339	2,678	2,901	5,802	8
136	272	295	589	+

إشعار للعائلات:
هل تحتاجون إلى مساعدة أو لديكم أسئلة حول هذا الطلب
نرجو الاتصال بمكتب المساعدة التابع لمكتب التغذية
المدرسية على رقم الهاتف: 363-6325 (877)
البريد الإلكتروني:
foodcompliance@schools.nyc.gov

دخل الأسرة الواجب الإبلاغ عنه	
الأجور، الرواتب، الإكراميات، العمولات، الدخل الصافي من أعمال حرة تملكها ومزارع، مخصصات الإضراب عن العمل، تعويضات البطالة، وتعويضات العامل.	أجر العمل قبل الاستقاعات. اذكر جميع الوظائف.
المعاشات، مدفوعات التقاعد، مدفوعات الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي، مدفوعات المحاربين القدامى.	المعاشات، مدفوعات التقاعد، مدفوعات الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي، مدفوعات المحاربين القدامى.
صافي دخل الإيجارات؛ والودائع؛ وصافي الربح؛ ومزايا الإعاقة؛ والفوائد؛ ودخل ريع الأسهم؛ والمسحوبات النقدية من حساب الإيداع؛ ودخل من الأملاك، والودائع الائتمانية، و/أو الاستثمارات؛ والمساهمات الاعتيادية من شخص لا يعيش في منزل العائلة؛ وأي نقود أخرى قد تتوفر لدفع وجبات طفلك.	صافي دخل الإيجارات؛ والودائع؛ وصافي الربح؛ ومزايا الإعاقة؛ والفوائد؛ ودخل ريع الأسهم؛ والمسحوبات النقدية من حساب الإيداع؛ ودخل من الأملاك، والودائع الائتمانية، و/أو الاستثمارات؛ والمساهمات الاعتيادية من شخص لا يعيش في منزل العائلة؛ وأي نقود أخرى قد تتوفر لدفع وجبات طفلك.
أيه دخول أخرى	

لا تكتب العائلات تحت هذا السطر -- للاستخدام المدرسي فقط

تاريخ التفعيل: 1 يوليو/ تموز 2011 إلى 30 يونيو/ حزيران 2012
**يجب على المدارس عدم استخدام المقياس أعلاه لمعالجة الطلبات التي تم استلامها من العائلات

ANNUAL INCOME CONVERSION RECOMMENDED (OFFICIAL SHOULD ONLY CONVERT WHEN MULTIPLE FREQUENCIES ARE REPORTED ON APPLICATION)

WEEKLY: MULTIPLY BY 52; EVERY TWO WEEKS: MULTIPLY BY 26; TWICE A MONTH: MULTIPLY BY 24; MONTHLY: MULTIPLY BY 12

Application APPROVED for: FREE MEALS REDUCED-PRICE MEALS
 SNAP (food stamp)/TANF Foster Child
 INCOME HOUSEHOLD: Total Household Income/Frequency: \$ _____ • ____ / ____ Household Size: ____
 Temporary Free (expires in 45 calendar days). Indicate each renewal date when household is contacted:
 1. ____ / ____ / ____ 2. ____ / ____ / ____ 3. ____ / ____ / ____ 4. ____ / ____ / ____
 Application DENIED for Free or Reduced-Price Meals.
 Reason for Denial: Incomplete Application Income Too High/Do Not Qualify box is checked
 Child will not participate in program

Indicate Date Eligibility Notification Letter Sent to Household: ____ / ____ / ____

I certify that all information reported on this form is true and the eligibility determination made is based on the information provided by the household. I understand that school officials may verify the information and the procedures for certifying this application and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws, and the school may lose meal and monetary benefits. I understand that the school principal has the ultimate responsibility for all forms filed by the household and certified at the school and at any given time may review forms for accuracy and integrity and monitor the procedures used for certification.

Name of School Reviewing Official (PRINT): _____

Signature _____ Date Certified: ____ / ____ / ____