

# מחלקת החינוך של העיר ניו יורק

## טופס זכאות הכנסה 2011-2012 Title 1

FOR DO

נא להשתמש בעט שחור

נא למלא טופס אחד עבור כל הילדים הלומדים באותו בית ספר. נא להחזיר את טופס הבקשה לבית הספר של ילדכם.

חלק 1

אינני זכאי לקבלת ארוחות ללא תשלום או במחיר מופחת. מלאו את פרטי התלמיד בחלק 3, ועברו לחלק 5 לחתימה ולציון תאריך הטופס. החזירו לבית הספר.

חלק 2

רשמו כאן את מספר התיק שלכם בתכנית **SNAP (תלושי מזון)** או **TANF** מספר התיק מופיע במכתב הזכאות שלכם (benefit letter)

מספר תיק SNAP (תלושי מזון) או TANF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(עברו לחלק 3 ולאחר מכן לחלק 5 לחתימה ולציון תאריך הטופס)

בית הספר חייב למלא חלק זה אם משק הבית לא עשה זאת

שם בית הספר

קוד בית הספר

ציינו באיזה רובע נמצא בית הספר

M BX Q BK SI

חלק 3

יש לציון רק את שמות הילדים הלומדים בבית ספר זה

נא לכתוב באותיות דפוס את שמם המלא של תלמידי הלומדים בבית הספר הזה (\*מידע אופציונלי) תאריך לידה\*

מין*	שם משפחה	שם ראשונה של שם אמצעי	שם פרטי	YY	DD	MM	ילד אומנה	הכנסה לשימוש אישי
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$

SCHOOL USE ONLY:  
ENTER GRADE AND STUDENT ID NUMBER

\*GRADE

\*OSIS # (Student ID Number)

חלק 4

רשמו את השם הפרטי ושם המשפחה של כל האנשים המתגוררים במשק הבית, כולל ילדים הלומדים בבתי ספר אחרים

ציינו את כל ההכנסה הנוכחית ואת תדירות התשלום עבור כל בני משק הבית. ההכנסה הנוכחית היא כל הכספים המתקבלים, ועליכם לציון את תדירות התשלום המתקבל מכל המקורות. אם תדירות התשלום לא צוינה, ההכנסה שצוינה תדווח כהכנסה שבועית. השתמשו באותיות הבאות כדי לציון את תדירות התשלום. W=שבועית; B=אחת לשבועיים; M=חודשית; T=פעמיים בחודש; Y=שנתית

אל תרשמו שמות שציניתם בחלק 3.	הכנסה ברוטו מעבודה (לפני ניכויים): כל המשרות	תשלום דמי מזונות	הכנסה מפנסיה, פרישה/ביטוח לאומי	כל הכנסה אחרת
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

חלק 5

חובה לציון מספר ביטוח לאומי וחתימה על מנת שהבקשה תעובד ותאושר, בן משק בית מבוגר מעל גיל 18 חייב לציון את 4 הספרות האחרונות של מספר הביטוח הלאומי (SSN), לחתום, ולציון את תאריך מילוי הטופס. אני מאשר/ת שכל המידע שנמסר בטופס זה הוא נכון, וכי דיווחתי על כל ההכנסות. אני מבין/ה כי מידע זה נמסר לצורך קבלת כספים פדרליים על ידי בית הספר, כי פקידי בית הספר רשאים לאמת את המידע שנמסר, כי מסירת מידע כוזב במזיד עלולה להביא לידי הגשת תביעה נגדי על פי דיני המדינה והדינים הפדרליים החלים בעניין זה, וכי ילדיי עלולים לאבד את ההטבות לארוחות בבית הספר.

רשמו את התאריך של היום יש לרשום 4 ספרות אחרונות של מספר ביטוח לאומי (SSN)

חתימת בן משק הבית המבוגר שמילא את הטופס

נא לרשום באותיות דפוס את שמו של בן משק הבית המבוגר החותם על הטופס

בן משק בית מבוגר יש לרשום 4 ספרות אחרונות של מספר ביטוח לאומי (SSN)

כתובת

מס' דירה

עיר

מיקוד

אם אין לכם מספר ביטוח לאומי (SSN) סמנו 'X'

שעות שבהן עדיף להתקשר:

11:00 - 8:00

14:00 - 11:00

17:00 - 14:00

20:00 - 17:00

טלפון בית

טלפון בשעות היום

טלפון נייד

מידע בדבר חוק הפרטיות

סעיף 9 של "חוק התכנית הלאומית לארוחות צהריים בבתי הספר" (National School Lunch Act – NSLA) קובע כי במקרה שלא נמסר מספר תיק של ילדכם במסגרת תכנית SNAP (תלושי מזון), TANF או FDPIR, עליכם לכלול את מספר הביטוח הלאומי של בן משק הבית המבוגר שחותם על טופס הבקשה, או לציין שאין לבן משק הבית הזה מספר ביטוח לאומי. מסירת מספר הביטוח הלאומי נתונה לבחירתכם. אולם, אם לא נמסר מספר ביטוח לאומי ולא צוין כי אין למבוגר החותם מספר ביטוח לאומי, לא ניתן יהיה לאשר את הבקשה. מספר הביטוח הלאומי עשוי לשמש לזיהוי בן משק הבית במסגרת המאמצים לאמת את נכונות המידע שנמסר על גבי טופס הבקשה. מאמצי אימות אלה יכולים להיעשות באמצעות סקירות, ביקורות וחקירות של התכנית, ולכלול פנייה אל מעסיקים כדי לקבוע את גובה ההכנסה, פנייה למשרד התכנית SNAP (תלושי מזון) או למשרד הרווחה כדי לקבוע את הזכאות הנוכחית לקבלת SNAP (תלושי מזון) או הטבות אחרות, פנייה למשרד הביטחון בתעסוקה של המדינה, כדי לקבוע את סכום ההטבות שהתקבלו, ובדיקת המסמכים שנמסרו על ידי בני משק הבית להוכחת סכום ההכנסות שהתקבלו. מאמצי אימות אלה יכולים להביא לביטול או להפחתה של הטבות, לתביעות מנהליות או להליכים משפטיים במקרה של מסירת מידע שאינו נכון.

**הודעה בדבר אי-אפליה:** על פי החוק הפדרלי ומדיניות משרד החקלאות של ארה"ב (U.S. Department of Agriculture, USDA), חל איסור על מוסד זה לנהוג באפליה על בסיס גזע, צבע עור, מוצא לאומי, מין, גיל או נכות. כדי להגיש תלונה על אפליה, נא לפנות בכתב לכתובת הבאה: 20250-9410, USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. או להתקשר לטלפון (800) 795-3272 או (202) 720-6382 (מערכת לכבדי שמיעה). ה- USDA מעניק הזדמנות שווה במתן שירותים ובתעסוקה.

**הגשת בקשה חוזרת:** באפשרותכם לפנות בבקשה לקבלת הטבות בכל עת במהלך שנת הלימודים. כמו כן, אם אינכם זכאים עתה, אולם במהלך שנת הלימודים איבדתם את מקום עבודתכם, חלה הפחתה בהכנסה של משק הבית או שגדלה המשפחה, באפשרותכם לפנות ולמלא טופס בקשה במועד זה. תימסר לכם הודעה כאשר הבקשה תאושר או תידחה. עם זאת, במקרה שפסקו ההטבות למשק הבית ומשק הבית פונה בבקשה חוזרת באותה שנת לימודים, משק הבית יתבקש להגיש דיווח מתועד על הכנסתו או ראייה להשתתפותו בתכנית SNAP (תלושי מזון), FDPIR או TANF בזמן הבקשה החוזרת. בקשות אלו לא ייחשבו לבקשות חדשות.

**שמירת סודיות:** משרד החקלאות של ארצות הברית אישר למסור שמות של תלמידים ונתוני זכאות, ללא הסכמת הורה/אפוטרופוס, לאנשים הקשורים ישירות לניהול ולאכיפתן של תכניות חינוך פדרליות, כגון Title I ותכנית ההערכה הלאומית של התקדמות בלימודים (National Assessment of Educational Progress, NAEP), שהן תכניות של משרד החינוך של ארה"ב (United States Department of Education) המשמשות את המשרד להגדרת נושאים כדוגמת הקצאת כספים לבתי ספר, לאמידת המעמד הסוציאלי-אקונומי באזור המגורים של אוכלוסיית התלמידים, ולהערכת ההתקדמות בלימודים. אפשר שיימסר מידע גם לתכניות בריאות או תכניות חינוך של המדינה המנהלות על ידי גוף של המדינה או על ידי גוף חינוכי מקומי, ובתנאי שהגוף החינוכי של המדינה או הגוף המקומי מפעילים את התכנית, וכן לתכנית הזנה פדרלית, מדינתית או מקומית המתנהלות בדומה לתכנית הלאומית לארוחות צהריים בבתי הספר. בנוסף, כל המידע הכלול בטופס הבקשה לארוחות ללא תשלום או במחיר מופחת עשוי להימסר לאנשים הקשורים ישירות בניהול או באכיפתן של תכניות שזכו לאישור על פי חוק התכנית הלאומית לארוחות צהריים בבתי הספר (National School Lunch Act – NSLA) או חוק הזנת ילדים (Child Nutrition Act – CNA); לרבות התכנית הלאומית לארוחות צהריים בבתי הספר ולארוחות בוקר בבתי הספר, תכנית החלב המיוחדת (Special Milk Program), תכנית המזון לטיפול בילד ובמבוגר (Child and Adult Care Food Program), תכנית שירות המזון לקיץ (Summer Food Service Program) והתכנית המיוחדת לתוספי תזונה עבור נשים, פגועות וילדים (Special Supplemental Nutrition Program for Women Infants and Children – WIC); לידי החשב הכללי של ארצות הברית לצורכי ביקורת, וכן לפקידים של הרשות הפדרלית, רשויות המדינה או הרשות המקומית, החוקרים הפרות לכאורה של התכנית המופעלות על פי ה- NSLA או ה- CNA. לצורך מסירת מידע בדבר זכאות שמסירתו לא הותרה במפורש ב- NSLA, נדרשת הסכמה בכתב מאת ההורה/אפוטרופוס.

הנחיות בנוגע להכנסה המזכה בהטבה של ארוחות במחיר מופחת**					
מספר הנפשות במשק הבית	ההכנסה השנתית אינה עולה על	ההכנסה החדשית אינה עולה על	פעמיים בחודש אינה עולה על	ההכנסה הדרשבונית אינה עולה על	ההכנסה השבועית אינה עולה על
1	\$ 20,147	\$ 1,679	\$ 840	\$ 775	\$ 388
2	27,214	2,268	1,134	1,047	524
3	34,281	2,857	1,429	1,319	660
4	41,348	3,446	1,723	1,591	796
5	48,415	4,035	2,018	1,863	932
6	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
7	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
8	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
<b>עבור כל בן משפחה נוסף, יש להוסיף:</b>					
+	7,067	589	295	272	136

הכנסה חייבת בדיווח	
שכר מעבודה לפני ניכויים. כולל כל המשרות.	שכר, משכורות, תשרים, הכנסה נטו מעסק עצמאי או חווה חקלאית, דמי שביתה, דמי אבטלה ופיצוי לעובדים.
גמלאות/ קצבאות פרישה/ ביטוח לאומי	גמלאות, פנסיה, ביטוח לאומי, קצבת השלמת הכנסה ותשלומים ליוצאי צבא.
כל הכנסה אחרת	הכנסה נטו מדמי שכירות; מענקים שנתיים; תמלוגים נטו; הטבות בגין נכות; ריבית; הכנסה מדיבידנדים; משיכות מזומן מחשבונות חיסכון; הכנסה מעניבות, מנאמנויות ו/או מהשקעות; תרומות קבועות מאנשים שאינם חיים במשק הבית; וכל סכום כסף זמין אחר לתשלום עבור ארוחות הילדים.

**לידיעת משקי הבית:**  
**לקבלת מענה לשאלותיכם או עזרה במילוי הטופס, אנא פנו אל קו הסיוע של המשרד להזנה בבתי הספר (Schoolfood) בטלפון: 363-6325 (877) בדוא"ל: foodcompliance@schools.nyc.gov**

משקי בית אינם כותבים מתחת לקו זה לשימוש בית הספר בלבד

תוקף: 1 ביולי 2011 עד 30 ביוני 2012  
 \*\*בתי ספר אינם רשאים להשתמש בסולם לעיל לצורך עיבוד בקשות המתקבלות ממשקי בית

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_