

Департамент образования г. Нью-Йорка
Заявление на бесплатное или льготное питание 2011-2012

F O R O D O

ЗАПОЛНЯЙТЕ ЧЁРНЫМИ ЧЕРНИЛАМИ

Заполните один бланк на всех детей, посещающих одну школу. Верните заполненное заявление в школу.

ЧАСТЬ 1

Я НЕ ИМЕЮ ПРАВА НА БЕСПЛАТНОЕ ИЛИ ЛЬГОТНОЕ ПИТАНИЕ. Заполните ЧАСТЬ 3, поставьте подпись и дату в ЧАСТИ 5 и верните заявление в школу.

ЧАСТЬ 2

ВПИШИТЕ НОМЕР ДЕЛА В ПРОГРАММЕ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ SNAP ИЛИ TANF →

Номер дела SNAP или TANF

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

(Заполните ЧАСТЬ 3, поставьте дату и подпись в ЧАСТИ 5)

Номер указан в письме о льготах.

РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ ИЛИ ШКОЛОЙ

Название школы

Код школы

Район

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

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

M	BX	Q	BK	SI
---	----	---	----	----

УКАЖИТЕ ТОЛЬКО ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ЭТУ ШКОЛУ

**SCHOOL USE ONLY:
ENTER GRADE AND STUDENT ID NUMBER**

ЧАСТЬ 3

*ДАТА РОЖДЕНИЯ

НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ ДЕТЕЙ. (Графы, отмеченные *, заполняются по желанию)

НАПИШИТЕ "X", ЕСЛИ РЕБЁНОК - ПАТРОНАТНЫЙ ВОСПИТАНИК
Укажите его пособие для личного пользования

	*ДАТА РОЖДЕНИЯ			ИМЯ	СР.	ФАМИЛИЯ	*ПОЛ	ПАТРОНАТ	ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛИЧНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ	M	*GRADE	*OSIS # (Student ID Number)
	ММ	ДД	ГГ									
1									\$			
2									\$			
3									\$			
4									\$			
5									\$			

ЧАСТЬ 4

УКАЖИТЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ ОСТАЛЬНЫХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ВКЛЮЧАЯ ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДРУГИЕ ШКОЛЫ

НЕ УКАЗЫВАЙТЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В ЧАСТИ 3

УКАЖИТЕ ВСЁ ТЕКУЩИЙ ДОХОД ЧЛЕНОВ СЕМЬИ И ЕГО ПЕРИОДИЧНОСТЬ

Текущий доход – это **СОВОКУПНЫЙ ДОХОД** из **ВСЕХ** источников. Если периодичность не указана, доход учитывается как **ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЙ**.
 Укажите периодичность, используя следующие обозначения: → **W** – ЕЖЕНЕДЕЛЬНО; **B** – РАЗ В ДВЕ НЕДЕЛИ; **M** – ЕЖЕМЕСЯЧНО; **T** – ДВАЖДЫ В МЕСЯЦ; **Y** – ЕЖЕГОДНО

	ОБЩИЙ ЗАРАБОТОК СО ВСЕХ МЕСТ РАБОТЫ (ДО ОТЧИСЛЕНИЙ)		ПОСОБИЕ НА РЕБЁНКА И АЛИМЕНТЫ		ПЕНСИОННЫЕ ВЫПЛАТЫ, ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И ЧАСТНЫЕ ПЕНСИИ		ПРОЧИЕ ДОХОДЫ	
	Период	Период	Период	Период	Период	Период	Период	
1	\$		\$		\$		\$	
2	\$		\$		\$		\$	
3	\$		\$		\$		\$	
4	\$		\$		\$		\$	
5	\$		\$		\$		\$	
6	\$		\$		\$		\$	
7	\$		\$		\$		\$	

ЧАСТЬ 5

Все лица, перечисленные в частях 3 и 4
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ →

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ И ПОДПИСЬ → **ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ И УТВЕРЖДЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ ВЗРОСЛОМУ ЧЛЕНУ СЕМЬИ (СТАРШЕ 21 ГОДА) НЕОБХОДИМО УКАЗАТЬ ПОСЛЕДНИЕ 4 ЦИФРЫ СВОЕГО НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ [SSN] И ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ И ДАТУ.** Настоящим заявляю, что все сведения верны и все доходы указаны. Я понимаю, что информация необходима для получения школой федерального финансирования, что сотрудники школы могут проверить её правильность, что преднамеренное искажение информации может повлечь ответственность по штатовским и федеральным законам и лишение моих детей льгот на питание.

X
 Подпись ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ, заполнившего заявление

Имя и фамилия ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ, заполнившего заявление (печатными буквами)

Дата заполнения

ММ	ДД	ГГ

Последние 4 цифры номера SSN ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ

--	--	--	--

Если у вас **НЕТ** номера SSN, напишите "X" →

--

Адрес

Кв. №

Город

Индекс

Сотовый телефон

Удобное время:

- 8 am - 11 am
- 11 am - 2 pm
- 2 pm - 5 pm
- 5 pm - 8 pm

() _____ Домашний телефон

() _____ Дневной телефон

() _____ Сотовый телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЙ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ПРАВ ЛИЧНОСТИ

Раздел 9 Национального закона о школьном питании требует указания номера социального страхования взрослого члена семьи, подписавшего заявление, либо заявления об отсутствии номера социального страхования, за исключением случаев указания в заявлении номера дела ребёнка в программе SNAP, TANF или FDIPIR. Раскрытие номера социального страхования является добровольным. Однако заявление не будет одобрено при отсутствии в нём номера социального страхования или отметки о неимении такового. Номер социального страхования может быть использован для проверки правильности указанной в заявлении информации. Такие проверки производятся в ходе пересмотра программы, аудитов и расследований и могут включать обращение к работодателю для определения суммы дохода, в отдел SNAP или отдел социального обеспечения для подтверждения полученных продуктовых талонов и других льгот, в Управление штата по занятости для проверки получаемых льгот и документации, представленной членами семьи для подтверждения суммы полученного дохода. Лица, предоставившие неправильную информацию, по результатам проверки могут быть частично или в полном объёме лишены льгот или подвергнуты административным взысканиям или судебному преследованию.

Об отсутствии дискриминации: Федеральное законодательство и политика Министерства сельского хозяйства США запрещает дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, половой идентичности или инвалидности. С жалобами о дискриминации обращайтесь по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 или звоните по телефону (800) 795-3272 или (202) 720-6382 (TTY). Министерство сельского хозяйства США (USDA) – это организация, обеспечивающая равные права и возможности в трудовых отношениях.

Повторная подача заявления: Повторное заявление на получение льгот можно подавать в любое время в течение учебного года. Кроме того, если в настоящий момент вам отказано в праве на льготы, вы можете подать новое заявление в любое время в случае потери работы, уменьшения семейного дохода или увеличения размера семьи. Вы получите извещение о решении по вашему заявлению. Однако в случае отмены льгот и повторного заявления в течение учебного года, необходимо представить документы, подтверждающие доходы или участие в программе SNAP, FDIPIR или TANF. Подобное заявление не считается первичным.

Конфиденциальность: Министерство сельского хозяйства США одобрило предоставление без согласия родителей и опекунов имён учащихся и данных об их статусе на получение льгот лицам, непосредственно связанным с проведением федеральных учебных программ Министерства образования США, таких как программы по Разделу I (Title I) и National Assessment of Educational Progress (NAEP). Эти данные используются для определения размера финансирования школ, оценки социально-экономического статуса школьных зон и прогресса школьников в учёбе. Информация может также предоставляться образовательным или медицинским программам штата, при условии, что они проводятся под эгидой местной или штатовской системы образования или федеральной, штатовской или местной программы питания, например, National School Lunch Program. Кроме того, вся информация, содержащаяся в заявлении на бесплатное или льготное питание, может предоставляться в целях аудита лицам, непосредственно связанным с реализацией программ, одобренных Национальным законом о школьном питании (National School Lunch Act, NSLA) или Законом о детском питании (Child Nutrition Act, CNA), включая национальные программы по предоставлению школьных обедов и завтраков, специальную программу по предоставлению молока, программу питания и ухода для детей и взрослых, летнюю программу питания и специальную программу дополнительного питания для детей, младенцев и женщин (WIC); начальнику Главного контрольно-финансового управления США, а также федеральным, штатовским и местным правоохранительным органам, расследующим предполагаемые нарушения в проведении программ по NSLA или CNA. Раскрытие информации о праве на льготы, прямо и чётко определённой в NSLA, требует письменного согласия родителей или опекунов.

ЦЕНЫ НА ПИТАНИЕ И МОЛОКО ДЛЯ УЧАЩИХСЯ В 2011-2012 УЧ. ГОДУ			
	ЗАВТРАК	ЛАНЧ	МОЛОКО
Льготная цена	\$ 0,00	\$ 0,25	\$ 0,25
Полная цена		\$ 1,50	

ПРИМЕЧАНИЕ:

За помощью в заполнении заявления и с вопросами обращайтесь в справочную службу Schoolfood телефон (877) 363-6325 Email: foodcompliance@schools.nyc.gov

НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ
– ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК

УРОВНИ ДОХОДА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПИТАНИЯ ПО ЛЬГОТНЫМ ЦЕНАМ*					
Кол-во членов семьи	Годовой доход не более	Ежемесячный доход не более	Доход дважды в месяц не более	Доход раз в две недели не более	Еженедельный доход не более
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
На каждого дополнительного члена семьи ПРИБАВЬТЕ:					
+	7,067	589	295	272	136

СРОК ДЕЙСТВИЯ: 1 ИЮЛЯ 2011 Г. - 30 ИЮНЯ 2012 Г.
*ШКОЛЫ НЕ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТУ ТАБЛИЦУ ПРИ РАССМОТРЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ОТ СЕМЕЙ

ВИДЫ ДОХОДОВ, УКАЗЫВАЕМЫЕ В ЗАЯВЛЕНИИ	
Суммарная заработная плата со всех мест работы (до вычетов)	Зарплата, чаевые, комиссионные, чистый доход от собственных предприятий и ферм, пособие бастующим, компенсации безработным и работникам
Пенсии/ социальное обеспечение	Пенсионные выплаты, социальное обеспечение, дополнительное социальное обеспечение, пособия для ветеранов
Другие источники дохода	Чистая прибыль от аренды; аннуитет; авторские гонорары; льготы по инвалидности; проценты по счёту; дивиденды; наличные на сберегательном счёте; прибыль от собственности, трастов и/или инвестиций; регулярные пожертвования от людей, не живущих в семье; другие средства, которые могут использоваться для оплаты питания детей

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: ____/____/____