



**ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

Σύμφωνα με την Ενότητα 9 της Νομοθετικής Πράξης περί Εθνικών Σχολικών Γευμάτων (NSLA) αν δεν αναφέρεται για το παιδί σας ο αριθμός της υπόθεσης SNAP (για κουπόνια φαγητού), TANF ή FDPIR, πρέπει να συμπεριλάβετε τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης του ενήλικου μέλους του νοικοκυριού που υπογράψει την αίτηση ή να δηλώσετε ότι το συγκεκριμένο μέλος του νοικοκυριού δεν έχει αριθμό κοινωνικής ασφάλισης. Η αποκάλυψη του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης είναι προαιρετική. Ωστόσο, αν ο υπογράφων δεν δώσει αριθμό κοινωνικής ασφάλισης ή δεν δηλώσει ότι δεν έχει αριθμό κοινωνικής ασφάλισης, δεν μπορεί να εγκριθεί η αίτηση. Ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση της ταυτότητας του μέλους του νοικοκυριού στο πλαίσιο των προσπαθειών μας να επαληθεύσουμε την ακρίβεια των στοιχείων που έχουν δηλωθεί στην αίτηση. Αυτές οι προσπάθειες επαλήθευσης μπορεί να γίνουν στο πλαίσιο ανασκοπήσεων των προγραμμάτων, επιθεωρήσεων και ερευνών και μπορεί να περιλαμβάνουν επικοινωνία με εργοδότες για εξακρίβωση του εισοδήματος, επικοινωνία με κάποιο γραφείο SNAP (για κουπόνια φαγητού) ή πρόνοιας για να εξακριβωθεί αν υπάρχει εκείνη τη στιγμή έγκριση για τη λήψη SNAP (κουπονιών φαγητού) ή άλλων επιδομάτων και επικοινωνία με το πολιτειακό γραφείο ασφάλισης της απασχόλησης για να εξακριβωθεί το ποσό των λαμβανόμενων επιδομάτων και να ελεγχθούν τα δικαιολογητικά που προσκόμισαν τα μέλη του νοικοκυριού ως απόδειξη για το ληφθέν εισόδημα. Οι προσπάθειες αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε απόλυτη ή μείωση των επιδομάτων, διοικητικές κυρώσεις ή νομικές ενέργειες σε περίπτωση που οι πληροφορίες που δόθηκαν ήταν ανακριβείς.

**Δήλωση περί μη διακρίσεων:** Δήλωση περί μη διακρίσεων: Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του υπουργείου γεωργίας των ΗΠΑ, το ίδρυμα δεν επιτρέπεται να κάνει διακρίσεις λόγω φυλής, χρώματος, εθνικής καταγωγής, φύλου, ηλικίας ή αναπηρίας. Αν θέλετε να κάνετε κάποια καταγγελία, στείλετε επιστολή προς *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410* ή να καλέσετε τον αριθμό (800) 795-3272 ή (202) 720-6382 (TTY). Το USDA είναι παροχέας ισών ευκαιριών και θέσεων εργασίας.

**Επανωληπτική αίτηση:** Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για επιδόματα ανά πάσα στιγμή στη διάρκεια του σχολικού έτους. Επίσης, αν δεν τα δικαιούστε αυτή τη στιγμή, αλλά στη διάρκεια της σχολικής χρονιάς μείνετε άνεργος(η), μειωθεί το οικογενειακό σας εισόδημα ή μεγαλώσει το νοικοκυριό σας, μπορείτε να ζητήσετε και να συμπληρώσετε ξανά την αίτηση την εποχή εκείνη. Θα σας ενημερώσουμε για την έγκριση ή απόρριψη της αίτησής σας. Ωστόσο, αν έχει τερματιστεί η παροχή επιδομάτων σε κάποιο νοικοκυριό και το νοικοκυριό κάνει νέα αίτηση την ίδια σχολική χρονιά, απαιτείται να υποβάλει δικαιολογητικά για το εισόδημά του ή αποδείξεις για τη συμμετοχή του σε πρόγραμμα SNAP (για κουπόνια φαγητού), FDPIR ή TANF τη στιγμή που ξαναγίνεται η αίτηση. Οι αιτήσεις αυτές δεν θεωρούνται νέες.

**Εμπιστευτικότητα:** Το υπουργείο γεωργίας των Ηνωμένων Πολιτειών (USDA) έχει εγκρίνει την παράδοση των ονομάτων και της κατάστασης καταλληλότητας των μαθητών, χωρίς τη συγκατάθεση του γονέα/κηδεμόνα, στο άτομο που συνδέεται άμεσα με τη διαχείριση ή την εφαρμογή ομοσπονδιακών εκπαιδευτικών προγραμμάτων όπως το Title I και η Εθνική Αξιολόγηση Εκπαιδευτικής Προόδου (NAEP), τα οποία είναι προγράμματα του Υπουργείου Παιδείας των Ηνωμένων Πολιτειών και χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση τομέων όπως της κατανομής κονδυλίων σε σχολεία, της αξιολόγησης της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης όσον φοιτούν στα σχολεία και της εκτίμησης της εκπαιδευτικής προόδου. Πληροφορίες μπορούν επίσης να δοθούν σχετικά με την κατάσταση της υγείας στην πολιτεία ή τα πολιτειακά εκπαιδευτικά προγράμματα που τα διαχειρίζεται υπηρεσία της πολιτείας ή τοπική υπηρεσία εκπαίδευσης, υπό την προϋπόθεση ότι η υπηρεσία εκπαίδευσης διαχειρίζεται το πρόγραμμα και ομοσπονδιακά ή πολιτειακά προγράμματα σίτισης παρόμοια με το Εθνικό Πρόγραμμα Σχολικών Γευμάτων. Επιπροσθέτως, όλα τα στοιχεία που περιέχει η αίτηση για δωρεάν ή μειωμένης τιμής γεύματα μπορεί να κοινοποιηθούν σε άτομα που σχετίζονται άμεσα με τη διαχείριση ή την εφαρμογή προγραμμάτων εγκεκριμένων από τον Νόμο περί Εθνικών Σχολικών Γευμάτων (NSLA) ή τον Νόμο περί Σίτισης Παιδιών (CNA), όπου περιλαμβάνονται τα Προγράμματα Εθνικών Σχολικών Γευμάτων (National School Lunch) και τα Προγράμματα Σχολικού Πρωινού (School Breakfast Programs), το Ειδικό Πρόγραμμα Γάλακτος (Special Milk Program), το Πρόγραμμα Διατροφικής Φροντίδας Παιδιών και Ενηλίκων (Child and Adult Care Food Program), το Πρόγραμμα Υπηρεσιών Θερινής Διατροφής (Summer Food Service Program) και το Ειδικό Συμπληρωματικό Διατροφικό Πρόγραμμα για Γυναίκες Νήπια και Παιδιά (WIC), στον Γενικό Επιθεωρητή των Ηνωμένων Πολιτειών για λογιστικό έλεγχο και στους εφόρους εφαρμογής των ομοσπονδιακών, πολιτειακών και δημοτικών νόμων που διευρύνουν πιθανές παραβιάσεις των προγραμμάτων με βάση τις διατάξεις των νόμων NSLA και CNA. Για την αποκάλυψη στοιχείων των δικαιούχων χωρίς την έγκριση του NSLA απαιτείται η γραπτή συγκατάθεση του γονέα/κηδεμόνα.

	ΠΡΩΙΝΟ	ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ	ΓΑΛΑ
ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ	\$ 0,00	\$ 0,25	\$ 0,25
ΠΛΗΡΗΣ ΤΙΜΗ		\$ 1,50	

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ**						
Αριθμός μελών νοικοκυριού	Ετήσιο εισόδημα μικρότερο από	Μηνιαίο εισόδημα μικρότερο από	Εισόδημα δεκαεπταήμερου μικρότερο από	Εισόδημα δύο εβδομαδιαίων μικρότερο από	Εβδομαδιαίο εισόδημα μικρότερο από	
1	20.147	1.679	\$ 240	\$ 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>Για κάθε πρόσθετο μέλος της οικογένειας, ΠΡΟΣΘΕΣΤΕ:</b>						
+	7.067	589	295	272	136	

ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ	
Αποδοχές από εργασία πριν από τις κρατήσεις. Συμπεριλάβετε όλες τις θέσεις εργασίας.	Μισθοί, μεροκάματα, φιλοδομήματα, προμήθειες, καθαρά έσοδα από ιδιόκτητες επιχειρήσεις και αγροκτήματα, αποζημίωση λόγω απεργίας, επιδόματα ανεργίας και εργατικές αμοιβές.
Συντάξεις / Εφάπαξ / Κοινωνική Ασφάλιση	Συντάξεις, εφάπαξ, κοινωνική ασφάλιση, συμπληρωματικό εισόδημα από ασφάλειες και αποζημιώσεις παλαιμάχων.
Οποιοδήποτε άλλο εισόδημα	Εισόδημα όχι από ενοίκια, ασφαλιστικές παροχές, καθαρά δικαιώματα, επιδόματα αναπηρίας, τόκοι, εισόδημα από μερίσματα, μετρητά που έχουν αναληφθεί από λογαριασμό ταμειευτήριο, εισόδημα από ακίνητα, καταπιστεύματα ή/και επενδύσεις, τακτικές συνεισφορές από άτομα που δεν ζουν στο νοικοκυριό και οποιαδήποτε άλλα χρηματικά ποσά τα οποία μπορεί να είναι διαθέσιμα για την πληρωμή των γευμάτων του παιδιού σας.

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ:**  
 Αν χρειάζεστε βοήθεια ή έχετε απορίες όσον αφορά την αίτηση, επικοινωνήστε με το Γραφείο Βοήθειας της Υπηρεσίας Σχολικών Γευμάτων καλώντας τον αριθμό (877) 363-6325 ή στέλνοντας μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση [foodcompliance@schools.nyc.gov](mailto:foodcompliance@schools.nyc.gov)  
 ΟΙ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΙ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΡΑΦΟΥΝ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΗ ΓΡΑΜΜΗ ΑΥΤΗ – ΠΡΟΟΡΙΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ. (FOR SCHOOL USE ONLY)

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΕΧΥΟΣ: 1 ΙΟΥΛΙΟΥ 2011 ΕΩΣ 30 ΙΟΥΝΙΟΥ 2012**  
 \*\* ΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΤΗΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΚΑΙΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΠΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ.

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