

**הודעה בדבר אי-הפלייה:** הלן הסבר מה עליך לעשות אם לדעתך נהגו כלפיך בחוסר הגינות. על פי החוק הפדרלי ומדיניות משרד החקלאות של ארה"ב (U.S. Department of Agriculture, USDA), חל איסור על מוסד זה לנהוג בהפלייה על בסיס גזע, צבע עור, מוצא לאומי, מין, גיל או נכות. כדי להגיש תלונה על הפלייה, נא לפנות בכתב לכתובת הבאה: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W Whittien Building, 1400 Independence Avenue, SW Washington DC 20250-9410 או להתקשר לטלפון 795-3272 (800) (מענה קולי) ולטלפון 720-6382 (202) (מערכת לכבדי שמיעה). ה-USA מעניק הזדמנות שווה במתן שירותים ובתעסוקה.

**דיווח על שינויים:** ההטבות שאושרו לך במועד הגשת הבקשה יעמדו בתוקפן במשך כל שנת הלימודים. אין עוד צורך לדווח על שינויים בגין גידול בהכנסה או הקטנה בגודלו של משק הבית, או אם כבר אינך מקבל/ת תלושי מזון.

**הגשת בקשה-חוזרת:** באפשרותך לפנות בבקשה לקבלת הטבות בכל עת במהלך שנת הלימודים. כמו כן, אם אינך זכאי/ת עתה, אולם במהלך שנת הלימודים איבדת את מקום עבודתך, חלה הפחתה בהכנסה של משק הבית או שגדלה המשפחה, באפשרותך לפנות ולמלא טופס בקשה במועד זה. תימסר לך הודעה כאשר הבקשה תאושר או תידחה.

**שמירת סודיות:** משרד החקלאות של ארצות הברית אישר למסור שמות של תלמידים ונתוני זכאות, ללא הסכמת הורה/אפוטרופוס, לאנשים שקשורים ישירות לניהולן ולאכיפתן של תוכניות חינוך פדרליות, כגון Title I ותוכנית הערכה לאומית של התקדמות בלימודים (NAEP, National Assessment of Educational Progress), שהן תוכניות של משרד החינוך של ארה"ב (United States Department of Education) המשמשות את המשרד כדי להגדיר תחומים כגון הקצאת כספים לבתי ספר, כדי להעריך את המעמד הסוציו-אקונומי באזור המגורים של אוכלוסיית התלמידים, וכדי להעריך את ההתקדמות בלימודים. ניתן למסור מידע גם לתוכניות בריאות או תוכניות חינוך של המדינה שמונהלות על ידי גוף של המדינה או על ידי גוף חינוכי מקומי, ובתנאי שהגוף החינוכי של המדינה או הגוף המקומי מפעילים את התוכנית, וכן תוכניות הזנה פדרליות, של המדינה או מקומיות שדומות לתוכנית הלאומית לארוחת צהרים בבית הספר. בנוסף על כך, את כל המידע הכלול בטופס הבקשה לארוחות חנים או לארוחות במחיר מופחת ניתן למסור לאנשים שקשורים ישירות בניהולן או באכיפתן של תוכניות שזכו לאישור על פי חוק התוכנית הלאומית לארוחת צהרים בבית הספר (National School Lunch Act, NSLA) או חוק הזנת ילדים (Child Nutrition Act, CAN); לרבות התוכנית הלאומית לארוחת צהרים בבית הספר ולארוחת בוקר בבית הספר, תוכנית החלב המיוחדת (Special Milk Program), תוכנית המזון לטיפול בילד ובמבוגר (Child and Adult Care Food Program), תוכנית שירות המזון לקיץ (Summer Food Service Program) והתוכנית 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 שהוקרים הפרות לכאורה של התוכנית המופעלות על פי ה-NSLA או ה-CAN. לצורך מסירה של מידע בדבר זכאות שמסירתו לא הותרה במפורש ב-NSLA, נדרשת הסכמה בכתב מאת ההורה/אפוטרופוס. תימסר לך הודעה כאשר הבקשה שלך תאושר או תידחה.

הכנסה חייבת בדיווח	
שכר מעבודה לפני הורדות. כולל כל המשורות.	שכר, משכורות, תשרים, הכנסה נטו מעסק עצמאי או מחוות, דמי שכיתה, דמי אבטלה ופיצוי לעובדים.
קצבאות / גמלאות / 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 מעובנות, מנאמנויות ו/או מהשקעות; תרומות קבועות מאנשים שאינם חיים במשק הבית; וכל סכום כסף זמין אחר לתשלום עבור הארוחות של הילד/ים).

הנחיות הכנסה מזכה בקבלת ארוחות במחיר מופחת**					
מספר הנפשות במשק הבית	הכנסה השנתית אינה עולה על	הכנסה החודשית אינה עולה על	פעמיים בחודש אינה עולה על	הכנסה הדו-שבועית אינה עולה על	הכנסה השבועית אינה עולה על
1	\$ 18,130	\$ 1,511	\$ 756	\$ 698	\$ 349
2	24,420	2,035	1,018	940	470
3	30,710	2,560	1,280	1,182	591
4	37,000	3,084	1,542	1,424	712
5	43,290	3,608	1,804	1,665	833
6	49,580	4,132	2,066	1,907	954
7	55,870	4,656	2,328	2,149	1,075
8	62,160	5,180	2,590	2,391	1,196
<b>בגין כל נפש נוספת הנמנית על משק הבית יש להוסיף:</b>					
+	\$ 6,290	\$ 525	\$ 263	\$ 242	\$ 121

מחירי ארוחות וחלב לתלמידים לשנת 2006-2007			
חלב	ארוחת צהרים	ארוחת בוקר	מחיר מופחת
\$ 0.25	\$ 0.25	\$ 0.00	מחיר מופחת
	\$ 1.50		מחיר מלא

\*\*\* טבלת הכנסה מזכה בקבלת ארוחות חנים ניתן להשיג במשרד בית הספר לפי דרישה

**לידיעת משקי הבית, אין לכתוב מתחת לקו זה – מיועד לשימוש בית הספר בלבד**

HOUSEHOLDS DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

**ANNUAL INCOME CONVERSION RECOMMENDED (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

FOOD STAMP, TANF or Foster Child (Circle One)

INCOME HOUSEHOLD: Total Household Income/Frequency: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_

Application APPROVED for:  FREE MEALS  REDUCED PRICE MEALS

Temporary Free (expires in 45 calendar days). Indicate each renewal date:

1. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Application DENIED. Date Notification Letter Sent: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Reason for Denial:  Income Too High  Incomplete Application

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.

Signature of Reviewing Official: \_\_\_\_\_  
 Date Certified: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**HEALTH INSURANCE – (HOUSEHOLDS DO NOT REMOVE)**

SCHOOLS OFFICIAL - PLEASE RETURN THIS PORTION TO: THE OFFICE OF SCHOOL HEALTH 52 CHAMBERS STREET, ROOM 218, NEW YORK, NY 11007

SCHOOL NAME / NUMBER \_\_\_\_\_ BOROUGH (CIRCLE ONE) MN BX BK QU SI

שנת הלימודים 2006 – 2007

הורה או אפטרופוס נכבד :

ילדים צריכים לאכול ארוחות בריאות כדי שיוכלו ללמוד. המשרד להזנה בבתי הספר (Office of School Food) מספק ארוחות בריאות בכל יום לימודים. ארוחות בוקר ניתנות ללא-תשלום לכל התלמידים, ומחירה של ארוחות צהרים הוא \$1.50. ילדים ממשקי-בית שעומדים בהנחיות ההכנסה הפדרליות (Federal Income Guidelines) (ראה צד אחורי) זכאים לארוחות חינם או לארוחות במחיר מופחת. מחירן של ארוחות במחיר מופחת לכל תלמיד זכאי הוא \$0.25 לארוחות צהרים. כדי להגיש בקשה לקבלת ארוחות חינם או ארוחות במחיר מופחת, יש להגיש מכתב אישור ישיר (Direct Certification) מאת המשרד לסיוע זמני וסיוע לנכים של מדינת ניו יורק (NYS Office of Temporary and Disability Assistance), או למלא את טופס הבקשה המצורף, לחתום עליו ולהחזירו לבית הספר של ילדך בהקדם האפשרי. נא לעיין בהנחיות הכלולות במכתב זה בעת מילוי טופס הבקשה. לא נוכל לאשר טופס בקשה שאינו מלא, ולפיכך נא להקפיד למלא את כל הפרטים הנדרשים.

ניתן להיעזר במידע להלן:

1. האם עלי למלא טופס בקשה עבור כל ילד?  
לא. עליך למלא את טופס הבקשה לקבלת ארוחות חינם או ארוחות במחיר מופחת. יש למלא טופס בקשה אחד עבור כל התלמידים במשק-הבית שלומדים באותו בית ספר.
  2. מי זכאי לארוחות חינם?  
ילדים המשתייכים למשקי בית שמקבלים תלושי מזון או מקבלים סיוע זמני למשפחות נזקקות (Temporary Assistance to Needy Families, TANF), וכן רוב הילדים המאומצים זכאים לקבל ארוחות חינם, ללא תלות בהכנסתן. כמו כן, ילדיך יכולים לקבל ארוחות חינם אם ההכנסה של משק הבית שלך היא בתוך המגבלות לקבלת ארוחות חינם המפורטות בהנחיות ההכנסה הפדרליות. יש לרשום כל ילד מאומץ בטופס בקשה נפרד, למלא את חלק 2 ולכלול חתימה של מבוגר.
  3. האם ילדים חסרי-בית, ילדים שברחו מהבית וילדים מהגרים זכאים לארוחות חינם?  
אם לא נמסרה לך הודעה שהם יקבלו ארוחות חינם, נא לפנות אל בית הספר שלך או אל המתאם לעניין תלמידים בדיור זמני (Coordinator of Students in Temporary Housing) כדי לברר את הזכאות של הילד (ים) שלך.
  4. מי זכאי לארוחות במחיר מופחת?  
הילד (ים) שלך יכולים לקבל ארוחות במחיר מופחת אם ההכנסה של משק הבית שלך היא בתוך המגבלות לקבלת ארוחות במחיר מופחת המפורטות בטבלת ההכנסה הפדרלית, המוצגת בטופס בקשה זה.
  5. אם במהלך שנת הלימודים הזו קיבלתי מכתב המאשר שילדיי מגיעות ארוחות חינם או ארוחות במחיר מופחת, האם עלי למלא טופס בקשה?  
נא לקרוא בקפידה את המכתב שקיבלת ולפעול על פי ההוראות. אם ברצונך להציג שאלות, התקשר לבית הספר של ילדך (יך).
  6. אני מקבלת/תמיכה במסגרת התוכנית לנשים, פעוטות וילדים (Women, Infants and Children, WIC), האם הילד (ים) שלי זכאי(ים) לארוחות חינם?  
ילדים המשתייכים למשקי בית שמשתייכים בתוכנית WIC עשויים להיות זכאים לארוחות חינם או לארוחות במחיר מופחת. נא למלא טופס בקשה.
  7. האם המידע שאמסור ייבדק?  
בית הספר עשוי לבקש ממך לאמת את זכאותך בכל עת במהלך שנת הלימודים. אם נבחרת לביצוע אימות, תימסר לך הודעה בכתב על כך. פקידי בית הספר עשויים לבקש ממך לשלוח מסמכים המראים שהילד שלך היה זכאי לארוחות חינם או לארוחות במחיר מופחת בעת הגשת הבקשה.
  8. אם אינני זכאית/הטבה עתה, האם באפשרותי לפנות במועד מאוחר יותר?  
כן. באפשרותך לפנות בכל עת במהלך שנת הלימודים, במקרה של גידול במספר הנפשות במשק הבית, ירידה בהכנסה, או אם התחלת לקבל תלושי מזון, סיוע TANF או הטבות אחרות. אם איבדת את מקום עבודתך, ילדיך יוכלו לקבל ארוחות חינם או ארוחות במחיר מופחת.
  9. כיצד לפעול אם אינני מסכים/ה עם החלטת בית הספר בעניין הבקשה שלי?  
עליך לשוחח עם פקידי בית הספר. באפשרותך גם להתקשר או לפנות בכתב אל Chief Executive, Office of School Support Services, 44-36 Vernon Blvd., Long Island City, New York 11101, (718) 707-4300 כדי לבקש שייערך שימוע.
  10. האם אני רשאית/ה להגיש בקשה אם אחד מבני משק הבית שלי אינו אזרח של ארה"ב?  
כן. את/ה או ילדיך אינכם חייבים להיות אזרחים של ארה"ב כדי להיות זכאים לארוחות חינם או לארוחות במחיר מופחת.
  11. את מי עלי לכלול כמשתייכים למשק הבית שלי?  
בחלק 4 עליך לכלול את כל האנשים שחיים במשק הבית שלך, בין אם הם קרובי משפחה ובין אם לאו (כגון סבא וסבתא, קרובי משפחה אחרים או חברים). עליך לכלול את עצמך ואת כל הילדים האחרים שחיים אתך.
  12. כיצד לפעול במקרה שההכנסה שלי אינה קבועה?  
יש לרשום את הסכום המתקבל בדרך כלל. לדוגמה, אם הכנסתך החודשית הרגילה היא \$1000, אך בחודש האחרון נעדרת מספר ימים מהעבודה וקיבלת רק \$900, עליך לרשום הכנסה חודשית של \$1000. אם בדרך כלל הכנסתך כוללת תשלום עבור עבודה בשעות נוספות, עליך לכלול את אותו, אך לא אם הוא מתקבל רק מידי פעם.
- המינהלת המחוזית של בתי הספר עשויה לבקש ממך, בכל עת במהלך שנת הלימודים, לאמת את המידע שמסרת על גבי טופס הבקשה. ללא מידע זה, ילדך לא יורשה להמשיך לקבל ארוחות חינם או ארוחות במחיר מופחת. פקידי בית הספר משתמשים במידע שנמסר בטופס הבקשה כדי לקבוע אם ילדך זכאי לארוחות חינם או לארוחות במחיר מופחת. נתוני הזכאות לארוחות חינם או לארוחות במחיר מופחת עשויים לשמש לצורך קביעת הזכאות להטבות במסגרת תוכנית Title I ותוכנית הערכה לאומית של התקדמות בלימודים (National Assessment of Educational Progress), וכן הם עשויים להימסר לגופים מוסמכים אחרים במסגרת התוכנית הלאומית לארוחות צהרים בבית הספר (National School Lunch Program).
- התקנות הפדרליות מחייבות בתי ספר ומוסדות להגיש ארוחות ללא תשלום נוסף לילדים שבגלל נכותם הדיאטה שלהם מוגבלת באופן שאינו מאפשר להם להשתתף באופן מלא בתוכנית השירות ההזנה, ללא הכנסת שינויים מסוימים במאכלים המוצעים או בתפריט המתוכנן. עליך לבקש מבית הספר את הארוחות המיוחדות, ולהמציא לבית הספר אישור רפואי מרופא. אם לדעתך ילדך זקוק לתחליפים בגלל נכותו, נא לפנות אל המנכ"ל במשרד לשירותי תמיכה בית-ספרית, מכיוון שהאישור הרפואי חייב לכלול מידע ספציפי.
- ייתכן שילדך עומד בדרישות לקבלת ביטוח בריאות חינם או בעלות נמוכה, במסגרת תוכנית ביטוח בריאות לילדים שנקראת Child Health Plus. ביטוח Child Health Plus משלם עבור צרכי הטיפול הרפואי וטיפולי השיניים של ילדיך, והוא זמין לילדים עד גיל 19, ללא תלות בהכנסה של משפחתם או במעמדם כלפי רשויות ההגירה - גם אם אין בידם מסמכים מאשרים. נא למלא את חלק 6, ותימסר לך הודעה אם יתברר שהנך זכאית/ל לקבל הטבות אלה.
- אם ברצונך להציג שאלות או לקבל עזרה במילוי טופס בקשה זה, נא לפנות אל מנהלת בית הספר של ילדך לקבלת סיוע.

בכבוד רב,

Joel I. Klein  
מזכיר ראשי

# New York City Department of Education 2006-2007 Application for Free and Reduced-Price Meals/Milk

Use black ink, print neatly, complete one application for all children attending the same school. Return application to your child's school.

F  R  D

Date Withheld: \_\_\_\_\_

**HOUSEHOLDS WITH A FOSTER CHILD:** If this application is for a foster child, check here  AND list the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no personal use income. \$ \_\_\_\_\_ Complete part 2 then skip to part 5.

## LIST ALL CHILDREN ATTENDING THIS SCHOOL LIVING IN HOUSEHOLD

*Birthdate		Print Legal Name of Students Attending This School (* Optional Information)										School Name		
M	M	C	O	Y	First Name	M	Last Name	*Gender	*Grade	*OSIS #				
03	03	93	JOHN	S	BRANCH	M	07	010111211	PS 1					
10	15	94	SUE	A	BRANCH	F	06	111223456	School # 001					
08	27	95	THOMAS	T	BRANCH	M	05		Indicate Borough					
11	05	95	AMY	I	LEAF	F	05		M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>					

School Name: PS 1  
 School #: 001  
 Indicate Borough: M  X  Q  R  S   
 List the current Food Stamp case number or TANF/FDPIR number from your last application. Complete a separate application for children with a different case number or no case number.  
 FOOD STAMP Case # \_\_\_\_\_  
 (See Instructions)  
 TANF/FDPIR Case # \_\_\_\_\_

### List all adults and other children living in the household

**List all Current Income and Pay Period**  
Current income is your income at the present time before taxes and other deductions. Write how much money each household member receives from each source and use the following letters to indicate how often. W = Weekly; E = Every 2 weeks; M = Monthly; T = Twice a month; Y = Yearly. If pay period is not noted, the reviewing official will process reported income as WEEKLY.

Print first and last name of all adults and children not listed above	Gross Earnings from Work (Before Deductions: ALL JOBS) How Often?	Child Support/Alimony Payments How Often?	Pay from Pensions, Retirement / Social Security How Often?	Any Other Income How Often?
Joe Branch	\$ 2550.45 / Y	\$ / /	\$ / /	\$ / /
Mary Branch	\$ 275.30 / W	\$ / /	\$ / /	\$ / /
Sally Leaf	\$ 400.00 / T	\$ 300.15 / E	\$ / /	\$ / /
Bill Leaf	\$ 0 / /	\$ 0 / /	\$ 0 / /	\$ 0 / /
Jill Leaf	\$ / /	\$ / /	\$ 400.75 / M	\$ / /

**TOTAL HOUSEHOLD MEMBERS.** Add the names listed in Parts 2 and 4 (enter 1 if Foster Child) **09** I certify that all of the information provided is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of federal funds, that school officials may verify the information on the application, and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state and federal laws.

Signature of adult household member completing this form: Joe A. Branch  
 Printed name of adult household member completing this form: JOE A. BRANCH  
 Today's Date: 09/07/06 Adult Household Member Social Security #: 123-45-6789  
 If you do not have a Social Security Number you must write the word "NONE" → \_\_\_\_\_  
 Address: 100 Name Street Apt # \_\_\_\_\_ City: Bronx NY 10461 Zip  
 Home Phone: 718-555-4567  
 Daytime Phone: 212-555-1234  
 Cell Phone: \_\_\_\_\_

**HEALTH INSURANCE:** Does your child(ren) have: Medicaid  Child Health Plus  Health insurance through your employer   
 No insurance  If no, would you like a health insurance counselor to contact you?  YES  NO  
 Free or low cost health insurance is available to all children through NYS's Child Health Plus Program regardless of immigration status. For more information, call 511.  
 Print your name: Sally Leaf and indicate the best time to call: 7:00 AM  PM

### הוראות למשקי בית בעניין אופן מילוי טופס בקשה זה-

נא להדפיס בכתב ברור, באמצעות עט עם דיו בצבע שחור, ולמלא טופס בקשה אחד עבור כל הילדים המשתייכים למשק הבית ולומדים באותו בית ספר, וכן למלא טופס בקשה נפרד עבור כל ילד מאומץ.

- חלק 1:** ילד מאומץ: ילד מאומץ נתון לאחריות המשפטית של הסוכנות לשירות סוציאלי או של בית המשפט, והוא זכאי לקבל ארוחות ללא תלות בהכנסה של משק הבית שלך.
- יש למלא חלקים 1, 2 ו-5 בלבד.**
- הכנסה:** יש לרשום את ההכנסה לשימוש עצמי של הילד. יש לרשום "0" אם אין לילד הכנסה לשימוש עצמי. הכנסה לשימוש עצמי היא (א) סכום כסף שניתן על ידי השירותים הסוציאליים, על פי קטגוריות, ומיועד לשימוש עצמי של הילד, כגון עבור ביגוד, דמי לימוד ודמי כיס; וכן (ב) כל סכומי הכסף האחרים שהילד מקבל, כגון כסף ממשפחתו של הילד וכן כסף מעבודה במשרה מלאה או במשרה חלקית קבועה. יש לציין באיזו תדירות מתקבלים סכומי כסף אלה, באמצעות האותיות הבאות: (W) = מידי שבוע, (E) = מידי שבועיים, (M) = מידי חודש, (T) = פעמיים בחודש, או (Y) = מידי שנה.
- חתימה:** יש לרשום את המועד והנספת היחידה היא חתימה של מבוגר מבני משק הבית בחלק 5 של טופס הבקשה. אין צורך לציין מספר ביטוח לאומי.
- יש לרשום את כל הילדים המשתייכים למשק הבית ולומדים באותו בית ספר.** עבור כל אחד מהילדים, יש לרשום בתיבות המיועדות לכך את תאריך הלידה, השם הפרטי, האות הראשונה של השם האמצעי, שם המשפחה, המין והכיתה. אם ידוע לך מספר הזיהוי הביתי-ספרי בן תשע-הספרות של ילדך, יש לרשום אותו בתיבות המיועדות לכך תחת הכותרת OSIS Number. יש לרשום את השם ו/או המספר של בית הספר שבו לומד (ים) ילדך, ולציין את שם הרובע שבו ממוקם בית הספר. **נא לעבור לחלק 3.** במקרה של ילד מאומץ, נא לדגל לחלק 5.
- חלק 2:** **משקי בית שמקבלים תלושי מזון או סיוע זמני למשפחות נזקקות (TANF):** יש למלא חלק זה ואז לעבור לחלק 5 ולחתום על טופס הבקשה, **או** להגיש מכתב אישור ישיר מאת המשרד לסיוע זמני וסיוע לנכים או מאת התוכנית לחלוקת מזון בשמורות האינדיאניות (FDPIR). יש למלא טופס בקשה נפרד עבור ילדים עם מספר תיק שונה או ללא מספר תיק.
- 1. מספר תיק:** יש לרשום את מספר התיק שלך במסגרת תוכנית תלושי מזון או תוכנית TANF/ FDPIR, כפי שמסר לך במכתב ההטבה. אין לרשום את סכום ההכנסה שהתקבלה.
- 2. חתימה:** מבוגר חייב לחתום על טופס הבקשה בחלק 5.
- חלק 3:** **חתימה:** אחד מבני משק הבית המבוגרים חייב לחתום על טופס הבקשה, אחרת לא ניתן יהיה לאשר את הבקשה.
- 2. מספר ביטוח לאומי:** אם מילאת את הפרטים בחלק 4, עליך לכלול את מספר הביטוח לאומי של המבוגר שחתימתו מופיעה בחלק 5. אם אין לך מספר ביטוח לאומי, נא לרשום את המלה "NONE".
- חלק 6:** **ביטוח בריאות:** ייתכן שילדך זכאי לביטוח בריאות חנם או בעלות נמוכה. נא למלא את הפרטים בחלק זה של הטופס כדי לרשום את ילדך או כדי לקבל מידע נוסף. עליך למסור את שמך ואת המועד הנוח ביותר ליצור אתך קשר. אין להסיר את החלק הזה.

#### מידע בדבר חוק הפרטיות

חלק 9 של "חוק התוכנית הלאומית לארוחת צהרים בבית הספר" (National School Lunch Act) קובע שבמקרה לא נמסר מספר זיהוי של ילדך במסגרת תוכנית תלושי מזון או מספר תיק של תוכנית TANF/FDPIR, או אם הילד אינו ילד מאומץ, עליך לכלול את מספר הביטוח הלאומי של משק הבית המבוגר שחיות על טופס הבקשה, או לציין שאין לכן משק הבית הזה מספר ביטוח לאומי. אם לא נמסר מספר ביטוח לאומי ולא צוינה המלה "NONE", לא ניתן יהיה לאשר את הבקשה. ניתן לעשות שימוש במספר הביטוח הלאומי לזיהוי בן משק הבית במסגרת המאמצים לאמת את תוכנית המידע שנמסר על גבי טופס הבקשה. מאמצי אימות אלה יכולים להיעשות באמצעות סקירות, ביקורות וחקירות של התוכנית, ולכלול פנייה אל משרד הביטוח בתעסוקה של המדינה, כדי לקבוע את סכום ההטבות שהתקבלו ובידיקת המסמכים שנמסרו על ידי בני משק הבית להוכחת סכום ההכנסות שהתקבלו. מאמצי אימות אלה יכולים להביא להפסד או להפחתה של הטבות, לתביעות מנהליות או לאמצעים משפטיים במקרה של מסיירת מידע שאינו נכון.