

স্কুলের নাম / **School Name:** _____

স্কুলের ফোন # / **School Telephone #:** _____

স্কুলে খাবারের বিষয়ে বিজ্ঞপ্তিপত্র
NOTIFICATION LETTER FOR SCHOOL MEALS

প্রিয় _____ [PARENT NAME]:

আপনার সন্তানের (সন্তানদের বিনামূল্যে অথবা স্লম্পমূল্যে খাবার পাওয়ার জন্য আপনার আবেদনটি :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> বিনামূল্যে খাবার পাওয়ার জন্য অনুমোদিত হয়েছে। | Approved for free meals. |
| <input type="checkbox"/> দুপুরের খাবারের জন্য স্লম্পমূল্যে \$০.২৫ সেন্ট খরচে খাবার পাওয়ার জন্য অনুমোদিত হয়েছে; প্রাতরাশের জন্য কোনো অর্থ দিতে হবে না। | Approved for reduced price meals at \$0.25 cents for lunch; <u>no money is required for breakfast.</u> |
| <input type="checkbox"/> সাময়িকভাবে বিনামূল্যে খাবার পাওয়ার জন্য অনুমোদিত হয়েছে। ৪৫ ক্যালেন্ডার দিবসের (____/____/____) মধ্যে আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করা হবে সেই সময় আপনার অবস্থা নির্ধারণের জন্য। | Temporarily approved for free meals. You will be contacted in 45 calendar days (____/____/____) to determine your status at that time. |
| <input type="checkbox"/> নিম্নলিখিত কারণে আবেদনটি নাকচ করা হয়েছে: | Denied for the following reason(s): |
| <input type="checkbox"/> বিনামূল্যে অথবা স্লম্পমূল্যে খাবার পাওয়ার জন্য বিধিসম্মতভাবে আয় যা হওয়া উচিত প্রকৃত আয় তার থেকে বেশি। দুপুরের খাবারের জন্য \$১.৫০ লাগবে; প্রাতরাশের জন্য কোনো অর্থ দিতে হবে না। | Income is over the allowable amount for free or reduced-priced meals. \$1.50 is required for lunch; <u>no money is required for breakfast.</u> |
| <input type="checkbox"/> অসম্পূর্ণ আবেদন জমা দেয়া হয়েছে। নিম্নলিখিত তথ্য পাওয়া যায়নি এবং সেই কারণে প্রতিদিন আপনার সন্তান(দের) যে দুপুরের খাবার দেয়া হবে তার জন্য \$১.৫০ অর্থ দিতে হবে; প্রাতরাশের জন্য কোনো অর্থ দিতে হবে না: | Incomplete application submitted. The following information is missing and you will be billed \$1.50 per for day for lunch your child(ren) receives; <u>no money is required for breakfast:</u> |
| <input type="checkbox"/> সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর অথবা “NONE” কথাটি লিখতে হবে। | Social Security Number or the word “NONE” |
| <input type="checkbox"/> প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির স্বাক্ষর | Adult Signature |
| <input type="checkbox"/> কোনো আয় নেই | No Income |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য/ Other: _____ | |

আপনি যদি এই সিদ্ধান্তের সঙ্গে একমত না হন, তাহলে অবশ্যই স্কুলের কর্মকর্তার (নিচে সহ দেখুন) সঙ্গে এই বিষয়ে আলোচনার জন্য যোগাযোগ করবেন। আপনার নিরপেক্ষ স্তানি পাওয়ার অধিকার আছে। স্কুলের সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আবেদন করতে চাইলে আপনি নিম্নলিখিত ডি.ও.ই. কর্মকর্তাকে ফোন করে অথবা তার কাছে চিঠি লিখে স্তানির জন্য অনুরোধ করতে পারেন:

নাম : **Office of SchoolFood – Internal Audit**
ঠিকানা: **44-36 Vernon Blvd., Long Island City, NY 11101**
ফোন: **(718) 707-4471**

স্কুলবর্ষের যে কোনো সময়ে আপনি পুনরায় সুবিধাপ্রাপ্তির জন্য আবেদন করতে পারেন। আপনি যদি এখন যোগ্য না হন কিন্তু যদি আপনার পারিবারিক আয় কমে যায়, আপনি কর্মহীন হয়ে পড়েন অথবা আপনার পরিবারের সদস্য সংখ্যা বেড়ে যায়, তাহলে সেই সময়ে আপনি আরেকটি আবেদন পূরণ করে জমা দিতে পারেন।

আপনার বিশ্বস্ত,

স্কুল কর্মকর্তার নাম / **Name of School Official**

পদ / **Title**

তারিখ / **Date**

বৈষম্যবিরোধী বিবৃতি : যদি আপনার মনে হয় যে আপনার সঙ্গে বৈষম্যমূলক আচরণ করা হয়েছে, তাহলে কী করবেন তা এখানে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। ফেডারেল আইন এবং যুক্তরাষ্ট্রের ডিপার্টমেন্ট অব এগ্রিকালচার এর নীতি অনুসারে এই প্রতিষ্ঠানটির জাতি, বর্ণ, জাতিগত উৎপত্তি, লিঙ্গ, বয়স অথবা প্রতিবন্ধিতার ভিত্তিতে বৈষম্যমূলক আচরণ করা নিষেধ। বৈষম্যমূলক আচরণের বিরুদ্ধে অভিযোগ দায়ের করতে এই ঠিকানায় লিখুন: *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* অথবা ২০২-৭২০-৫১৬৪ (ভয়েস এবং টি.ডি.ডি.) নম্বরে ফোন করুন। ইউ.এস.ডি.এ. সমসুযোগ প্রদানকারী এবং নিয়োগকর্তা।

স্কুলের নাম **School Name:** _____

স্কুলের ফোন # / **School Telephone #:** _____

সাময়িকভাবে অনুমোদিত আবেদন
TEMPORARILY APPROVED APPLICATION

তারিখ / Date: _____

প্রিয় _____ [PARENT NAME]:

আপনার সন্তানের (সন্তানদের) বিনামূল্যে অথবা স্লপমূল্যে খাবার পাওয়ার জন্য আপনার আবেদনটি সাময়িকভাবে বিনামূল্যে খাবার পাওয়ার জন্য অনুমোদিত হয়েছে। কর্মসূচির শর্ত অনুসারে কোনো আয় নেই এমন ব্যক্তির আবেদনপত্র শুধুমাত্র সাময়িকভিত্তিতে সর্বাধিক ৪৫ দিনের জন্য অনুমোদন করা যায়।

৪৫ দিন পরে শিক্ষার্থীর পরিবার তাদের আয় সম্পর্কে সাম্প্রতিকতম তথ্য সরবরাহ করবে যাতে তাদের বিনামূল্যে খাবার পাওয়ার সুবিধাটি বজায় থাকে। আপনি আমাদের অফিসে (_____) _____ [OFFICE PHONE] নম্বরে ফোন করে বর্তমান আয় জানাতে পারেন অথবা সংযুক্ত আবেদনটি পূরণ করে পাঠাতে পারেন।

আমরা যদি _____ [DEADLINE] এর মধ্যে সাম্প্রতিকতম তথ্য না পাই, তাহলে আপনার সন্তানেরা বিনামূল্যে খাবার পাওয়ার যোগ্য থাকবে না এবং আপনাকে সন্তানদের স্কুলে পাঠানোর সময়ে তাদের সঙ্গে প্রাতরাশ এবং/অথবা দুপুরের খাবারের জন্য অর্থ দিয়ে পাঠাতে হবে।

এই বিষয়ে দ্রুত দৃষ্টি দেয়ার জন্য ধন্যবাদ।

আপনার বিশ্বস্ত,

স্কুল কর্মকর্তা / School Official