

Nazwa szkoły / School Name: _____

Numer telefonu szkoły/ School Telephone #: _____

POWIADOMIENIE DOTYCZĄCE POSILKÓW SZKOLNYCH
NOTIFICATION LETTER FOR SCHOOL MEALS

Droży _____ [PARENT NAME]:

Państwa aplikacja na darmowe lub zniżkowe posiłki dla Państwa dziecka(ci) została:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zatwierdzona na darmowe posiłki. | Approved for free meals. |
| <input type="checkbox"/> Zatwierdzona na zniżkowe posiłki po 0,25 centa za lunch; <u>nie wymagana jest opłata za śniadanie.</u> | Approved for reduced price meals at \$0.25 cents for lunch; <u>no money is required for breakfast.</u> |
| <input type="checkbox"/> Tymczasowo zatwierdzona na darmowe posiłki. Skontaktujemy się z Państwem w przeciągu 45 dni kalendarzowych, (___ / ___ / ___) w celu określenia Państwa statusu w tym czasie. | Temporarily approved for free meals. You will be contacted in 45 calendar days (___ / ___ / ___) to determine your status at that time. |
| <input type="checkbox"/> Nie zakwalifikowało się z następujących powodów: | Denied for the following reason(s): |
| <input type="checkbox"/> Zarobki są zbyt wysokie na darmowe lub zniżkowe posiłki, wymagane jest 1,50 dolara za lunch; <u>nie wymagana jest opłata za śniadanie.</u> | 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"/> Przedstawiona aplikacja jest nie w pełni wypełniona. Brak na niej poniższych informacji i codziennie, za lunch który otrzyma Państwa dziecko(ci) będziemy liczyć Państwu 1,50 dolara ; <u>nie wymagana jest opłata za śniadanie.</u> | 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"/> Numer Social Security [Ubezpieczenia Społecznego] lub wyraz „NONE” [„BRAK”] | Social Security Number or the word “NONE” |
| <input type="checkbox"/> Podpis dorosłej osoby | Adult Signature |
| <input type="checkbox"/> Brak zarobków | No Income |
| <input type="checkbox"/> Inne / Other: _____ | |

Jeżeli nie zgadzają się Państwo z tą decyzją, powinni się Państwo **skontaktować z urzędnikiem szkolnym (proszę sprawdzić podpis poniżej)** w celu jej omówienia; mają Państwo również prawo do bezstronnego przesłuchania. W celu odwołania się od decyzji wydanej przez szkołę, mogą Państwo poprosić o przesłuchanie kontaktując się telefonicznie lub listownie z następującym urzędnikiem z DOE (Department of Education) Departamentu Edukacji:

Nazwa: **Office of SchoolFood [Biuro Posilko Szkolnych] – Internal Audit [Audyt Wewnętrzny]**
Adres: **44-36 Vernon Blvd., Long Island City, NY 11101**
Telefon: **(718) 707-4471**

Mogą Państwo powtórnie złożyć aplikację o świadczenia w dowolnym czasie w trakcie trwania roku szkolnego. Jeżeli obecnie się Państwo nie kwalifikują, lecz w przyszłości zarobki Państwa rodziny ulegną zmniejszeniu lub stracą Państwo pracę, to wtedy mogą Państwo złożyć powtórna aplikację.

Z poważaniem,

Imię i nazwisko urzędnika szkolnego / Name of School Official

Stanowisko / Title

Data / Date

Deklaracja o nie dyskryminowaniu: Poniższe wyjaśnia, co należy zrobić, jeżeli uważają Państwo, że zostali Państwo nie sprawiedliwie potraktowani. Zgodnie z prawem federalnym i polityką U.S. Department of Agriculture (USDA) [Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych], tej instytucji zabrania się dyskryminowania na podstawie rasy, kraju pochodzenia, płci, wieku lub kalectwa. W celu złożenia zażalenia w związku z dyskryminacją, proszę napisać do *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* lub zadzwonić pod numer 202-720-5964 (głosowo i poprzez TDD). USDA nie dyskryminuje odbiorców swoich usług i daje jednakowe szanse swoim pracownikom.

Nazwa szkoły/ School Name: _____

Numer telefonu szkoły/ School Telephone #: _____

TYMCZASOWO ZATWIERDZONA APLIKACJA
TEMPORARILY APPROVED APPLICATION

Data / Date: _____

Drogi _____ [PARENT NAME]:

Państwa aplikacja na darmowe lub zniżkowe posiłki dla Państwa dziecka(ci) została tymczasowo zatwierdzona na darmowe posiłki. Zgodnie z przepisami programu, aplikacje z **brakiem zarobków** mogą zostać zatwierdzone tylko *tymczasowo na najdłużej 45 dni*.

Po upływie 45 dni, rodziny muszą dostarczyć uaktualnienie stanu zarobków, aby y ich dzieci w dalszym ciągu dostawały darmowe posiłki. Mogą Państwo albo zadzwonić do naszego biura pod numer (_____) _____ [OFFICE PHONE] z informacją dotyczącą obecnych zarobków, lub też wypełnić załączoną aplikację.

Jeżeli nie otrzymamy uaktualnionych informacji do _____ [DEADLINE], Państwa dziecko(ci) nie będą się więcej kwalifikować na otrzymywanie darmowych posiłków i będą musieli Państwo wysłać swoje dziecko(ci) do szkoły z pieniędzmi na śniadanie i/ lub lunch.

Dziękujemy za Państwa bezzwłoczną uwagę w tej sprawie.

Z poważaniem,

Urzędnik Szkolny / School Official