

إسم المدرسة / School Name:

رقم هاتف المدرسة / School Telephone #:

خطاب إشعار خاص بالوجبات المدرسية
NOTIFICATION LETTER FOR SCHOOL MEALS

عزيري _____ [PARENT NAME]

إن طلبك للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر لطفلك أو أطفالك قد تم:

Approved for free meals.

الموافقة عليه بالنسبة للوجبات المجانية.

Approved for reduced price meals at **\$0.25 cents** for lunch; **no money is required for breakfast.**

الموافقة عليه بالنسبة للوجبات المخفضة السعر وذلك بسعر 0.25 سنتاً عن وجبة الغداء؛ ولا تكلفة مطلوبة مقابل وجبة الإفطار.

Temporarily approved for free meals. You will be contacted in 45 calendar days (____/____/____) to determine your status at that time.

الموافقة عليه بصورة مؤقتة بالنسبة للوجبات المجانية. سيتم الاتصال بك خلال 45 يوماً من أيام التقويم (____/____/____) لتحديد وضعكم في ذلك الوقت.

Denied for the following reason(s):

رفضه للأسباب التالية:

Income is over the allowable amount for free or reduced-priced meals. **\$1.50** is required for lunch; **no money is required for breakfast.**

الدخل يزيد عن المبلغ المسموح به للحصول على الوجبات المجانية أو مخفضة السعر. مطلوب دفع 1.50 دولاراً عن وجبة الغداء؛ ولا تكلفة مطلوبة مقابل وجبة الإفطار.

Incomplete application submitted. The following information is missing and you will be billed **\$1.50** per for day for lunch your child(ren) receives; **no money is required for breakfast:**

تقديمه بصورة غير مكتملة. فالمعلومات التالية مفقودة وسوف يُطلب منك دفع 1.50 دولاراً عن كل وجبة غداء يحصل عليها طفلك أو أطفالك؛ ولا تكلفة مطلوبة مقابل وجبة الإفطار.

Social Security Number or the word "NONE"

رقم الضمان الاجتماعي أو عبارة "NONE"

Adult Signature

توقيع الشخص البالغ

No Income

لا يوجد دخل

غير ذلك / Other:

إن كنت لا توافق على القرار، عليك الاتصال بمسئول المدرسة (راجع التوقيع أدناه) لمناقشته وبحق لك الحصول على جلسة استماع عادلة. لاستئناف قرار المدرسة، يمكنك طلب جلسة استماع وذلك بالاتصال أو الكتابة إلى الجهة المسؤولة التالية في إدارة التعليم:

الاسم: Office of SchoolFood – Internal Audit
العنوان: 44-36 Vernon Blvd., Long Island City, NY 11101
رقم الهاتف: (718) 707-4471

يمكنك إعادة التقديم للحصول على مزايا في أي وقت خلال السنة الدراسية. إن كنت غير مؤهل الآن لكن دخل أفراد عائلتك قد انخفض في المستقبل، أو أصبحت عاطلاً عن العمل أو زاد عدد أفراد عائلتك، فيمكنك ملء طلب آخر في ذلك الوقت.

مع وافر الاحترام والتقدير،

التاريخ / Date

المنصب / Title

إسم مسئول المدرسة / Name of School Official

بيان عدم التمييز: إن هذا يوضح ما ينبغي عمله إن كنت تعتقد أنه قد تمت معاملتك بصورة غير عادلة. وفقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية (USDA: f AgricultureUS Department o) فإن هذه المؤسسة ممنوعة من التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر، أو الإعاقة. لرفع شكوى تمييز، المرجو الكتابة إلى: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 أو الاتصال على الهاتف رقم 202-720-5964 (صوت وجهاز الاتصالات للصم [TDD]). إن وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) تعتمد مبدأ تكافؤ الفرص في سياسة توظيفها وخدماتها.

إسم المدرسة / School Name :

رقم هاتف المدرسة / School Telephone # :

طلب تمت الموافقة عليه بصورة مؤقتة
TEMPORARILY APPROVED APPLICATION

التاريخ / Date _____

عزيري _____ :[PARENT NAME]

إن طلبك للحصول على وجبات مجانية أو بأسعار مخفضة لطفلك أو أطفالك قد تم الموافقة عليه بصورة مؤقتة بخصوص الوجبات المجانية. وفقاً لتعليمات البرنامج، يمكن الموافقة على الطلبات التي لم يُذكر فيها مستوى الدخل بصورة مؤقتة فقط لمدة أقصاها 45 يوماً.

بعد مرور 45 يوماً، يجب على العائلات تقديم معلومات حديثة عن وضعية الدخل بغرض استمرار أطفالها في الحصول على مزايا الوجبات المجانية. يمكنك الاتصال بمكتبنا على الرقم _____ (OFFICE PHONE) لتقديم المعلومات الحالية عن الدخل أو إكمال الطلب المرفق.

في حال عدم تلقينا لمعلومات حديثة في موعد أقصاه _____ [DEADLINE]، فإن طفلك أو أطفالك لن يكونوا مؤهلين للحصول على مزايا الوجبات المجانية، وسيتعين عليك إرسال طفلك أو أطفالك إلى المدرسة ومعهم المبالغ المطلوبة مقابل الحصول على وجبة الإفطار و/أو الغداء.

نشكركم على اهتمامك العاجل بهذه المسألة.

مع وافر الاحترام والتقدير،

مسئول المدرسة / School Official _____