

Όνομα σχολείου / School Name: _____

Τηλέφωνο σχολείου # / School Telephone #: _____

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΓΕΥΜΑΤΑ
NOTIFICATION LETTER FOR SCHOOL MEALS

Αγαπητέ(ή) _____ [PARENT NAME]:

Η αίτησή σας για δωρεάν και μειωμένης χρέωσης γεύματα του παιδιού/των παιδιών σας:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Εγκρίθηκε για δωρεάν γεύματα. | Approved for free meals. |
| <input type="checkbox"/> Εγκρίθηκε για μειωμένης αξίας γεύματα με 0,25 σεντ για το μεσημεριανό. <u>Δεν απαιτείται πληρωμή για το πρωινό.</u> | Approved for reduced price meals at \$0.25 cents for lunch; <u>no money is required for breakfast.</u> |
| <input type="checkbox"/> Εγκρίθηκε προσωρινά για δωρεάν γεύματα. Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας σε 45 ημερολογιακές ημέρες (___/___/___) για να εξακριβώσουμε την τότε κατάσταση σας. | Temporarily approved for free meals. You will be contacted in 45 calendar days (___/___/___) to determine your status at that time. |
| <input type="checkbox"/> Δεν έγινε δεκτή επειδή: | Denied for the following reason(s): |
| <input type="checkbox"/> Το εισόδημά σας υπερβαίνει το επιτρεπτό ποσό για δωρεάν ή μειωμένης χρέωσης γεύματα. Το μεσημεριανό κοστίζει 1,50 δολάριο ενώ <u>δεν απαιτείται πληρωμή για το πρωινό.</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"/> Η αίτηση που υποβάλατε ήταν ελλιπής. Θα χρεώσετε με 1,50 δολάριο ημερησίως για το μεσημεριανό του παιδιού (των παιδιών) σας ενώ <u>δεν απαιτείται πληρωμή για το πρωινό</u> επειδή έλειπαν οι ακόλουθες πληροφορίες: | 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"/> Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής ασφάλισης ή η λέξη «NONE» | Social Security Number or the word “NONE” |
| <input type="checkbox"/> Υπογραφή ενήλικου | Adult Signature |
| <input type="checkbox"/> Μηδενικό εισόδημα | No Income |
| <input type="checkbox"/> Άλλο / Other: _____ | |

Αν δεν συμφωνείτε με την απόφαση, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τον αρμόδιο σχολικό λειτουργό (μπορείτε να δείτε την υπογραφή του παρακάτω) για να συζητήσετε το θέμα και έχετε το δικαίωμα δίκαιης ακρόασης. Για να εφεσιβάλετε την απόφαση του σχολείου μπορείτε να ζητήσετε ακρόαση τηλεφωνώντας ή στέλνοντας επιστολή στον εξής λειτουργό του DOE:

Όνομα: **Office of SchoolFood – Internal Audit** (Γραφείο Σχολικών Γευμάτων – Εσωτερικός έλεγχος)
Διεύθυνση: **44-36 Vernon Blvd., Long Island City, NY 11101**
Τηλέφωνο: **(718) 707-4471**

Στη διάρκεια της σχολικής χρονιάς μπορείτε ανά πάσα στιγμή να κάνετε νέα αίτηση για τα ειδικά αυτά προνόμια. Αν δεν τα δικαιούστε αυτή τη στιγμή αλλά υπάρχει μείωση στο οικογενειακό σας εισόδημα, μείνατε άνεργος(η) ή αυξήθηκε το μέγεθος του νοικοκυριού σας, μπορείτε να συμπληρώσετε μια νέα αίτηση την κατάλληλη στιγμή.

Με εκτίμηση.

Όνομα σχολικού λειτουργού / Name of School Official

Τίτλος / Title

Ημερομηνία / Date

Υπόμνημα μη διακρίσεων: Το παρόν εξηγεί τι πρέπει να κάνετε αν πιστεύετε ότι δεν είχατε δίκαιη μεταχείριση. Σύμφωνα με την Ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των Η.Π.Α. (USDA), στο σχολείο μας απαγορεύονται οι διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική προέλευση, το φύλο, την ηλικία ή την αναπηρία. Μπορείτε να κάνετε καταγγελία για διακρίσεις, στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση: *USDA, Director* (Διευθυντής), *Office of Civil Rights* (Γραφείο για τα δικαιώματα του πολίτη), *Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* ή τηλεφωνώντας στον αριθμό 202-720-5964 (φωνητικές κλήσεις και TDD). Το USDA είναι πάροχος ίσων ευκαιριών και θέσεων εργασίας.

Όνομα σχολείου / School Name: _____

Τηλέφωνο σχολείου # / School Telephone #: _____

ΠΡΟΣΩΡΙΝΑ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΑΙΤΗΣΗ
TEMPORARILY APPROVED APPLICATION

Ημερομηνία / Date: _____

Αγαπητέ(ή) _____ [PARENT NAME]:

Η αίτησή σας για δωρεάν και μειωμένης χρέωσης γεύματα του παιδιού/των παιδιών σας εγκρίθηκε προσωρινά για δωρεάν γεύματα. Σύμφωνα με τους κανονισμούς του προγράμματος, οι αιτήσεις με **μηδενικό εισόδημα** μπορούν να εγκριθούν μόνο *προσωρινά για ανώτατο διάστημα 45 ημερών*.

Ύστερα από 45 ημέρες, οι οικογένειες πρέπει να μας ενημερώσουν για την κατάσταση του εισοδήματός τους ώστε τα παιδιά τους να συνεχίσουν να απολαμβάνουν το προνόμιο των δωρεάν γευμάτων. Μπορείτε να τηλεφωνήσετε στο γραφείο μας, στον αριθμό (_____) _____ [OFFICE PHONE], και να μας δώσετε τις τρέχουσες πληροφορίες εισοδήματος ή να συμπληρώσετε την εσωκλειόμενη αίτηση.

Αν δεν λάβουμε τις ενημερωμένες πληροφορίες έως τις _____ [DEADLINE], το παιδί/τα παιδιά σας δεν θα δικαιούνται πλέον τα προνόμια για δωρεάν γεύματα και θα χρειαστεί να το/τα στέλνετε στο σχολείο με χρήματα για το πρωινό ή/και το μεσημεριανό.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την έγκαιρη ανταπόκρισή σας στο θέμα αυτό.

Με εκτίμηση.

Σχολικός λειτουργός / School Official