

Заявление об отсутствии дискриминации: В этом разделе приводится разъяснение, что вам делать, если вы считаете, что с вами поступили несправедливо. В соответствии с федеральным законом и политикой Министерства сельского хозяйства США в этом учреждении запрещена дискриминация на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или наличия инвалидности. Чтобы подать жалобу, напишите по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington DC 20250-9410 или позвоните по телефону (800) 795-3272 (голосовая линия) и (202) 720-6382 (линия TTY). USDA – это поставщик услуг и работодатель, предоставляющий равные возможности.

Сообщения об изменениях: Льготы, которые были предоставлены вам на момент подачи заявления, остаются в силе в течение всего учебного года. Вам больше не требуется сообщать о повышении дохода, уменьшении семьи или о том, что вы больше не получаете продовольственные талоны.

Повторная подача заявления: Вы можете подать заявление о предоставлении льгот в любое время в течение учебного года. Кроме того, если вы не соответствуете критериям сейчас, но в течение учебного года потеряли работу, у вас уменьшился доход или увеличился размер семьи, вы можете получить бланк заявления и заполнить его в любое время. Вам сообщат, когда ваше заявление будет одобрено или отклонено.

Конфиденциальность: Министерство сельского хозяйства США одобрило предоставление имен учащихся и их соответствия критериям без согласия родителей и опекунов лицам, непосредственно связанным с управлением или проведением федеральных учебных программ, например по Разделу I (Title I) и Национальной оценки прогресса в области образования (National Assessment of Educational Progress, NAEP), являющихся программами Министерства образования США, которые используются для определения таких областей, как распределение средств школам, для оценки социально-экономического состояния районов посещения школ и для оценки учебной успеваемости. Информация может также предоставляться образовательным или медицинским программам штата, которые проводятся учреждениями штата или местными учреждениями образования при условии, что программой руководит штат или местное учреждение образования, а также федеральным, местным или программам штата по предоставлению питания, аналогичным программе National School Lunch Program. Кроме того, *вся* информация, содержащаяся в заявлении о предоставлении бесплатного питания и питания по сниженным ценам, может предоставляться лицам, непосредственно связанным с управлением и реализацией программ, одобренных Национальным законом о школьном питании (National School Lunch Act, NSLA) или Законом о детском питании (Child Nutrition Act, CNA); включая национальные программы по предоставлению школьных обедов и завтраков, специальную программу по предоставлению молока, программу питания и ухода для детей и взрослых, летнюю программу предоставления питания и специальную программу дополнительного питания для детей, младенцев и женщин (WIC); Генеральному контролёру США для целей аудита, а также федеральным, местным и правоохранительным органам штата, расследующим предполагаемое нарушение в рамках программ NSLA или CNA. Предоставление информации о наличии критериев, на которое нет специального разрешения NSLA, требует письменного согласия родителей или опекунов. Вам сообщат об одобрении или отклонении вашего заявления.

ЦЕНЫ НА ПИТАНИЕ И МОЛОКО ДЛЯ УЧАЩИХСЯ В 2006-2007 г.г.			
	ЗАВТРАК	ОБЕД	МОЛОКО
СНИЖЕННАЯ ЦЕНА	\$ 0,00	\$ 0,25	\$ 0,25
ПОЛНАЯ ЦЕНА		\$ 1,50	

УРОВНИ ДОХОДА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПИТАНИЯ ПО СНИЖЕННЫМ ЦЕНАМ**

Кол-во членов семьи	Годовой доход не более	Ежемесячный доход не более	Доход дважды в месяц не более	Доход раз в две недели не более	Еженедельный доход не более
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
За каждого дополнительного члена семьи ПРИБАВЬТЕ:					
+	\$ 6 290	\$ 525	\$ 263	\$ 242	\$ 121

*** Таблицу уровней дохода для получения бесплатного питания вы можете получить в школе по вашей просьбе.

СООБЩИТЕ О СЛЕДУЮЩИХ ДОХОДАХ	
Зарботки до вычетов. Укажите все места работы.	Зарплата, чаевые, комиссионные, чистый доход от собственных предприятий и ферм, пособие базирующимся, компенсации безработным и работникам.
Пенсии/социальное обеспечение	Пенсии, социальное обеспечение, дополнительное обеспечение, выплаты ветеранам
Другие источники дохода	Чистая прибыль от аренды; рента; авторские гонорары; льготы по инвалидности; проценты по счёту; дивиденды; наличные со сберегательного счёта; прибыль от собственности, трастов, и (или) инвестиций; регулярные пожертвования от людей, не живущих в семье; любые средства, которые могут использоваться для оплаты питания детей.

НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ – ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
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

Уважаемые родители и опекуны!

2006 -2007 учебный год

Детям для успешной учебы требуется здоровое питание. Отдел школьного питания предлагает здоровую пищу каждый учебный день. Завтрак предоставляется всем учащимся бесплатно, обед стоит 1,50 доллара. Дети из семей, которые соответствуют федеральным нормам по уровню дохода (Federal Income Guidelines) (см. на обороте), имеют право на получение бесплатного питания или питания по сниженной цене. Питание по сниженным ценам предоставляется соответствующим критериям учащимся по цене 0,25 доллара за обед. Чтобы подать заявление на предоставление бесплатного питания или питания по сниженной цене, предоставьте письмо о непосредственном подтверждении (Direct Certification letter) из Управления штата Нью-Йорк по вопросам предоставления временной помощи и помощи в случае временной нетрудоспособности (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) ИЛИ заполните прилагаемое заявление, подпишите его и как можно скорее верните его в школу, где учится ваш ребёнок. При заполнении заявления, пожалуйста, руководствуйтесь указаниями, содержащимися в данном письме. Мы не можем дать положительный ответ на заявление, которое оформлено не полностью, поэтому удостоверьтесь, что вы указали всю требуемую информацию.

ВАМ ПОМОЖЕТ СЛЕДУЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

1. Нужно ли мне заполнять отдельное заявление на каждого ребёнка?
Нет. Заполните это заявление на получение бесплатного питания или питания по сниженной цене. Заполните только одно заявление на всю семью, указав всех учащихся, которые посещают одну и ту же школу.
2. Кто может получать бесплатное питание?
Дети из семей, получающих продуктовые талоны (Food Stamps) или TANF, а так же большинство приёмных детей могут получать бесплатное питание независимо от вашего дохода. Кроме того, ваши дети могут получать бесплатное питание, если доход вашей семьи находится в пределах, установленных федеральными нормативами уровня доходов для получения бесплатного питания. На каждого приёмного ребёнка должно быть оформлено отдельное заявление с заполненной частью 2 и подписью взрослого.
3. Могут ли бездомные, сбежавшие из дома дети и дети мигрантов получать бесплатное питание?
Пожалуйста, обратитесь в свою школу или к координатору по вопросам учащихся, проживающих во временном жилище, чтобы узнать, соответствуют ли ваши дети установленным критериям, если вам не сообщили, что они будут получать бесплатное питание.
4. Кто может получать питание по сниженным ценам?
Ваши дети могут получать питание по сниженной цене, если доход вашей семьи находится в пределах уровня доходов, которые установлены федеральными нормами для получения питания по сниженным ценам (указаны в вашем заявлении).
5. Следует ли мне заполнять заявление, если я получил письмо о том, что в этом учебном году мои дети будут получать бесплатное питание или питание по сниженным ценам?
Пожалуйста, внимательно прочтите полученное вами письмо и следуйте инструкциям. Если у вас есть вопросы, позвоните в школу, где учатся ваши дети.
6. Я получаю льготы WIC, может ли мой ребёнок (дети) получать бесплатное питание?
Дети в семьях, участвующих в программе WIC, могут иметь право на получение бесплатного питания или питания по сниженным ценам. Пожалуйста, заполните заявление.
7. Будет ли проверяться предоставленная мной информация?
В любое время в течение учебного года школа может попросить вас подтвердить соответствие требованиям. Вы получите письменное уведомление, что вы выбраны для проверки. Администрация школы может попросить вас прислать документы, подтверждающие, что вашему ребёнку положено бесплатное питание или питание по сниженным ценам на момент подачи вашего заявления.
8. Могу ли я подать заявление позже, если я не соответствую критериям?
Да. Вы можете подать заявление в любое время в течение школьного года, если ваша семья увеличится, доход уменьшится или если вы начнете получать продуктовые талоны, TANF или другие льготы. Если вы потеряете работу, ваши дети могут получить право на бесплатное питание или питание по сниженным ценам.
9. Что делать, если я не согласен с решением школы по моему заявлению?
Вам следует обратиться к администрации школы. Вы также можете заявить о проведении слушания, обратившись письменно или по телефону к главному исполнительному директору (Chief Executive) в управление школьных вспомогательных служб (Office of School Support Services) по адресу: 44-36 Vernon Blvd., Long Island City, New York 11101, (718) 707-4300.
10. Могу ли я подать заявление, если кто-либо в моей семье не является гражданином США?
Да. Для получения бесплатного питания или питания по сниженным ценам не обязательно, чтобы вы или ваши дети были гражданами США.
11. Кого мне следует указывать в качестве членов семьи?
Вы должны указать всех людей, живущих в вашем доме, родственников или не родственников (например, бабушек и дедушек, других родственников и друзей) в части 4. Вы должны указать себя и всех остальных детей, которые живут с вами.
12. Что делать, если у меня непостоянный доход?
Укажите сумму, которую вы обычно получаете. Например, если вы обычно получаете \$ 1000 в месяц, но в последнем месяце пропустили несколько рабочих дней и получили только \$ 900, укажите, что вы получаете \$ 1000 в месяц. Если вы регулярно получаете оплату за сверхурочную работу, укажите её, однако если вы получаете её только иногда, не указывайте.

Школьный округ может в любое время в течение учебного года попросить вас подтвердить информацию, указанную в вашем заявлении. Если вы не предоставите эту информацию, ваш ребёнок не сможет продолжить получать бесплатное питание или питание по сниженным ценам. Администрация школы использует указанную в заявлении информацию, чтобы определить, может ли ваш ребёнок получать бесплатное питание или питание по сниженным ценам. Данные о предоставлении бесплатного питания или питания по сниженным ценам могут использоваться для определения соответствия школы критериям программ по Разделу I (Title I) и национальной оценки прогресса в области образования (National Assessment of Educational Progress); эти данные также могут предоставлять другим уполномоченным учреждениям по проведению национальной программы питания в школах.

Согласно федеральным нормам, школы обязаны предоставлять питание без дополнительной оплаты тем детям, у которых в связи с инвалидностью рацион ограничен таким образом, что они не могут в полной мере участвовать в программе предоставления школьного питания без изменения предлагаемого питания или составленного меню. Вы должны требовать от школы необходимое питание и предоставить в школу медицинскую справку, выданную врачом. Если вы считаете, что вашему ребёнку по причине инвалидности требуется замена продуктов, обратитесь в управление школьных вспомогательных служб к главному исполнительному директору, так как медицинская справка должна содержать определённую информацию.

Ваш ребёнок может иметь право на бесплатное страхование здоровья или страхование по сниженным ценам за счет программы Child Health Plus. Программа Child Health Plus оплачивает медицинское обслуживание ребёнка и стоматологические услуги и предоставляется для детей не старше 19 лет независимо от уровня дохода их семей или их иммиграционного статуса, даже если они не имеют документов. Пожалуйста, заполните Часть 6, и с вами свяжутся, если вы соответствуете критериям для получения этих льгот.

Если у вас есть вопросы или вам требуется помощь в заполнении данного заявления, пожалуйста, обратитесь за помощью к директору школы.

С уважением,

Joel I. Klein
директор Департамента образования

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. 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	D	Y	Y	First Name	M	Last Name	*Gender	*Grade	*OSIS #	<input type="text"/>	
03	03	93	JOHN			S	BRANCH	M	07	010111211	PS 1		
10	15	94	SUE			A	BRANCH	F	06	111223456	School # <input type="text"/>		
08	27	95	THOMAS			T	BRANCH	M	05		Indicate Borough <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> SI		
11	05	95	AMY				LEAF	F	05		List the current Food Stamp case number or TANF/FDPIR number from your last application. Check only a single application for children with a default case number or no case number.		
												FOOD STAMP Case # <input type="text"/>	
												TANF/FDPIR Case # <input type="text"/>	

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)	Child Support/Alimony Payments	Pay from Pensions, Retirement / Social Security	Any Other Income
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
 Today's Date: 09/07/06
 Adult Household Member Social Security #: 123-45-6789
 Printed Name of adult household member completing this form: JOE A. BRANCH
 Address: 100 Name Street Apt # City: Bronx NY 10461
 Home Phone: 718-556-4567
 Daytime Phone: 212-556-1234
 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

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ СЕМЬИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ

Пожалуйста, аккуратно заполните бланк печатными буквами, черными чернилами; заполните одно заявление для всех детей семьи, посещающих одну и ту же школу, и отдельное заявление на каждого приёмного ребёнка.

ЧАСТЬ 1: ПРИЁМНЫЙ РЕБЁНОК: Приёмный ребёнок находится под юридической ответственностью учреждения социального обеспечения или суда и может получать питание независимо от дохода вашей семьи. **Заполните только ЧАСТИ 1, 2 и 5.**

ДОХОД: Укажите доход ребёнка для личного использования. Напишите «Д», если ребёнок не имеет дохода для личного использования. Доход для личного использования – это (а) средства, которые предоставляются службами социального обеспечения для личного использования ребёнком с указанием категории, например, на одежду, школьные платежи, карманные расходы; и (б) все другие средства, которые получает ребёнок, например, деньги, выдаваемые семьей, и деньги за работу полный или неполный рабочий день. Напишите, как часто ребёнок получает эти деньги, используя следующие буквы: (W) = **еженедельно**, (E) = **один раз в две недели**, (M) = **ежемесячно**, (T) = **дважды в месяц или (Y) = ежегодно**.

ПОДПИСЬ: Для приёмного ребёнка требуется только подпись взрослого члена семьи в ЧАСТИ 5. От вас не требуется указывать номер социального обеспечения.

ЧАСТЬ 2: УКАЖИТЕ ВСЕХ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ, ПОСЕЩАЮЩИХ ОДНУ И ТУ ЖЕ ШКОЛУ. Для каждого ребёнка укажите дату рождения, имя, инициал второго имени, фамилию, пол и класс в соответствующих графах. Если вы знаете 9-значный идентификационный номер школы вашего ребёнка, напишите его в графе OSIS #. Укажите название и (или) номер школы, которую посещает ваш ребёнок, и укажите район, в котором находится школа. **Перейдите к ЧАСТИ 3.** Для приёмного ребёнка: перейдите сразу к ЧАСТИ 5.

ЧАСТЬ 3: СЕМЬИ, ПОЛУЧАЮЩИЕ ПРОДУКТОВЫЕ ТАЛОНЫ ИЛИ ВРЕМЕННУЮ ПОМОЩЬ НУЖДАЮЩИМСЯ СЕМЬЯМ (TANF): Заполнив этот раздел, перейдите к ЧАСТИ 5 и подпишите заявление ЛИБО предоставьте письмо о непосредственном подтверждении (Direct Certification Letter) из Управления по вопросам предоставления временной помощи и помощи в случае нетрудоспособности или Программы распределения питания в индейских резервациях (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR). Вы должны заполнить отдельное заявление для детей с разными номерами дел или без номера дела.

- НОМЕР ДЕЛА:** Укажите ваш номер дела в программе продуктовых талонов или TANF/FDPIR, как указано в вашем письме о льготах, **не указывайте получаемый доход**.
- ПОДПИСЬ:** Взрослый должен поставить подпись в ЧАСТИ 5 заявления.

ЧАСТЬ 4: ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ СЕМЬИ: Если вы не заполняли раздел для приёмных детей, не указывали номер в программе продуктовых талонов или номер TANF/FDPIR и не представляли письмо о непосредственном подтверждении, вы должны заполнить ЧАСТИ 2, 4 и 5.

- ЧЛЕНЫ СЕМЬИ:** Укажите имена всех членов вашей семьи независимо от того, получают они доход или нет. Укажите себя, всех детей, не указанных в ЧАСТИ 2, супруга(-у), бабушек и дедушек, и других членов вашей семьи, являющихся или не являющихся родственниками. Используйте дополнительный лист, если вам не хватает места.
- ТЕКУЩИЙ ДОХОД:** Укажите сумму текущего дохода, который получает каждый член семьи **без учета налогов и отчислений** в графах рядом с их именами, и укажите источник дохода: заработной платы, пенсии и другие доходы. Укажите, как часто они получают эти суммы, используя следующие буквы: (W) = **еженедельно**, (E) = **один раз в две недели**, (M) = **ежемесячно**, (T) = **дважды в месяц или (Y) = ежегодно**.
- ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ДОХОДА:** Сумма, предоставленная или выделенная на уход за ребёнком, или любые суммы, полученные для оплаты такого ухода, или компенсация расходов на уход за счет гранта Фонда развития ухода за детьми (Child Care Development (Block Grant) Fund) не должна рассматриваться как доход в рамках данной программы. На обороте заявления приведена таблица с указанием уровней дохода, при котором может предоставляться питание по сниженной цене.

ЧАСТЬ 5: ПОДПИСЬ И НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:

- ПОДПИСЬ:** Взрослый член семьи должен подписать это заявление, в противном случае оно будет отклонено.
- НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:** Если вы заполнили ЧАСТЬ 4, вы должны указать номер социального обеспечения взрослого, поставившего подпись в ЧАСТИ 5. Если у вас нет номера социального обеспечения, напишите слово «NONE».

ЧАСТЬ 6: СТРАХОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ: Ваш ребёнок может иметь право на бесплатное страхование здоровья или страхование по сниженным ценам. Пожалуйста, заполните этот раздел формы, чтобы зарегистрировать ребёнка или получить дополнительную информацию. Вы должны указать свое имя и время, когда с вами лучше связаться. **НЕ УДАЛЯЙТЕ ЭТОТ РАЗДЕЛ.**

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАКОНЕ, ОХРАНЯЮЩЕМ ПРАВО НА ЧАСТНУЮ ЖИЗНЬ

Раздел 9 Национального закона о школьных завтраках требует, чтобы вы указали номер социального обеспечения взрослого члена семьи, подписавшего заявление, либо сообщили об отсутствии номера социального обеспечения, за исключением случаев, если вы указываете номер дела вашего ребёнка в программе продуктовых талонов или TANF/FDPIR или если ребёнок является приёмным. Если номер социального обеспечения не указан и слово «NONE» не вписано, заявление будет отклонено. Номер социального обеспечения может использоваться для проверки правильности информации, указанной в заявлении. Такие проверки производятся через пересмотр программы, инспекции и расследования и могут включать обращение в Управление штата по безопасности трудоустройства для определения суммы полученных льгот и проверку документации, предоставленной членами семьи для подтверждения суммы полученного дохода. Эти проверки могут привести к отмене или снижению объёма льгот, административным искам или юридическим действиям, если была предоставлена неправильная информация.