

يبدأ بعدم التمييز: فيما يلي شرحاً لما يجب عليك فعله إن كنت تعتقد أنه قد تمت معاملتك بطريقة غير منصفة. وعملًا بالقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية تُمنح هذه المؤسسة من التمييز على أسس العرق أو اللون أو المنشأ الوطني أو الجنس أو العمر أو الإعاقة. لرفع شكوى تمييزية، اكتب إلى: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington DC 20250-9410 (TTY: 720-6382 (202) للمعوقين سمعياً). إن وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) تؤمن بتكافؤ الفرص في الخدمات والتوظيف. **التبليغ عن التغييرات الطارئة على حالتك:** تكون المخصصات التي حصلت على موافقة عليها عند تقديمك استمارة الطلب سارية المفعول طوال السنة الدراسية. ولم يعد يتطلب منك التبليغ عن التغييرات بشأن إزدياد في الدخل أو انخفاض عدد أفراد الأسرة بمحل الإقامة، أو إذا لم تعد تتلقى مخصصات كويونات الطعام (food stamps).

إعادة التقديم من جديد: يجوز لك التقديم للمخصصات في أي وقت خلال السنة الدراسية. كما يمكنك إذا لم تكن مؤهلاً الآن وأصبحت في وقت لاحق خلال السنة الدراسية عاطلاً عن العمل، أو إنخفض دخل أفراد أسرتك المقيمين معك بمحل الإقامة، أو زاد عدد أفراد العائلة فيمكثك طلب استمارة وملئها آنذاك. سيتم تبليغك بقرار الموافقة أو الرفض لاستمارة طلبك.

ضمان السرية: لقد وافقت وزارة الزراعة الأمريكية على الإفصاح عن أسماء التلاميذ وحالة أهليتهم دون موافقة الوالدة(ة)/ ولي الأمر، لأشخاص لهم صلة مباشرة بإدارة برامج التعليم الفيدرالية أو تنفيذها مثل أحكام الباب الأول (Title I)، والتقييم الوطني للتقدم التعليمي (National Assessment of Educational Progress: NAEP)، وهي برامج لوزارة التعليم الأمريكية تُستخدم لتحديد مجالات مثل تخصيص المال للمدارس، وتقييم الحالة الاجتماعية والاقتصادية في مجالات الحضور بالمدارس، ولتقييم سير تقدم التعليم. يمكن الإفصاح عن المعلومات إلى برامج الولاية الخاصة بالصحة أو التعليم التي تقوم وكالات الولاية أو وكالة التعليم على المستوى المحلي بإدارته، شرط أن تقوم وكالة التعليم على مستوى الولاية أو المستوى المحلي بإدارة البرنامج، وبرامج غذائية على المستوى الفيدرالي ومستوى الولاية والمستوى المحلي شبيهة للبرنامج الوطني للغذاء في المدارس (National School Lunch Program)، إضافة إلى هذا، قد يفصح عن جميع المعلومات الواردة في استمارة طلب الوجبات المجانية أو بسعر مخفض ذات صلة مباشرة بإدارة أو تنفيذ البرامج المصرح بها بموجب القانون الوطني للغذاء بالمدارس (National School Lunch Act: NSLA)، أو قانون تغذية الطفل (Child Nutrition Act: CNA)، بما فيه البرنامج الوطني للغذاء بالمدارس وبرنامج الفطور بالمدارس، وبرنامج الحليب الخاص (Special Milk Program)، والبرنامج الغذائي لرعاية الأطفال والبالغين (Child and Adult Care Food Program)، وبرنامج خدمة الطعام في فصل الصيف (Summer Food Service Program)، وبرنامج المعونات الغذائية التكميلية للأهالي والرضع والأطفال (WIC)؛ المراقب العام للولايات المتحدة لأغراض التدقيق، والمسؤولون عن تنفيذ القانون على المستوى الفيدرالي، أو مستوى الولاية، أو المستوى المحلي الذين يقومون بإجراء التحقيق في المخالفات المزعومة للبرامج بموجب قانون (NSLA) أو قانون (CNA). يتطلب الإفصاح عن معلومات الأهلية التي لم يخول القانون الوطني للغذاء المدرسي (NSLA) بالإفصاح عنها إلى إعادة موافقة خطية من الوالد (ة) / ولي الأمر. سيتم إفادتك بقرار الموافقة أو الرفض لاستمارة طلبك.

الدخل الواجب التبليغ عنه	
مكتسبات من عمل قبل المبالغ المقطعة منها. أشمل جميع وظائف العمل.	الأجور، الرواتب، الإكراميات، العمولات، الدخل الصافي من أعمال حرة تملكها ومزارع، مخصصات الإضراب عن العمل، تعويضات البطالة وتعويضات العامل.
معاشات / تقاعد / مخصصات ضمان اجتماعي	المعاش، دخل التقاعد، مخصصات الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي، ومخصصات المحاربين القدماء
أي دخل آخر	صافي الدخل من ممتلكات مؤجرة؛ دفعات سنوية؛ صافي عوائد براءات؛ مخصصات إعاقة؛ فائدة؛ دخل من أرباح أسهم؛ نقد مسحوب من حسابات توفير؛ دخل من تركات، أمانات، و/ أو استثمارات؛ مساعدات منتظمة من أشخاص لا يعيشون معك في محل الإقامة؛ وأي أموال أخرى قد تكون متوفرة لديك وجبات طفاك (أطفالك).

ضوابط أهلية الدخل للوجبات بسعر مخفض**					
عدد الأفراد المقيمين بمحل الإقامة	لا يزيد الدخل السنوي عن	لا يزيد الدخل الشهري عن	لا يزيد الدخل المكتسب مرتين في الشهر عن	لا يزيد الدخل المكتسب كل أسبوعين عن	لا يزيد الدخل الأسبوعي عن
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
لكل فرد إضافي من المقيمين بمحل إقامتك، أضف:					
+	\$ 6,290	\$ 525	\$ 263	\$ 242	\$ 121

*** جدول ضوابط الدخل للوجبات المجانية متوفر في مكتب المدرسة عند الطلب

لا تكتبوا تحت هذا الخط – لاستخدام المدرسة فقط

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

يحتاج الأطفال إلى وجبات صحية لكي يكونوا قادرين على التعلّم. لذلك، يقدم مكتب خدمات الطعام المدرسي (Office of School Food) وجبات صحية كل يوم مدرسي. حيث تقدم وجبة الفطور مجاناً لجميع التلاميذ، وتكلف وجبة الغذاء 1.50 دولاراً. يكون أطفال الأسر التي تستوفي ضوابط الدخل الفيدرالية (Federal Income Guidelines) (الموجودة على الجانب الخلفي) مؤهلين لتلقي وجبات مجانية أو وجبات بسعر مخفض. وتكون تكلفة الوجبات المخفضة السعر لكل تلميذ مؤهل 0.25 دولار لوجبة الغذاء. للتقديم للوجبات المجانية أو الوجبات بسعر مخفض، قَدّم خطاب مصدق مباشرة صادر من مكتب ولاية نيويورك للمساعدات المؤقتة ومساعدات الإعاقة (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) أو قم بتعبئة استمارة الطلب المرفقة، ووقع عليها، وردّها إلى مدرسة طفلك في أقرب وقت ممكن. يرجى الرجوع إلى الإرشادات الموجودة في هذه الرسالة عندما تقوم بتعبئة استمارة الطلب. لا نستطيع الموافقة على استمارة طلب ناقصة، لذلك نرجو منك التأكد من تعبئة جميع المعلومات المطلوبة.

سوف تساعدك المعلومات التالية في تعبئة الطلب:

1. هل يتطلّب مني تعبئة استمارة طلب لكل طفل؟
لا. قم بتعبئة طلباً واحداً بشكل كامل للتقديم للوجبات المجانية أو الوجبات المخفضة السعر. قم بتعبئة استمارة واحدة فقط لجميع التلاميذ القاطنين بمحل إقامتك والذين يداومون بنفس المدرسة.
 2. من الذي يستطيع الحصول على وجبات مجانية؟
أطفال العائلات التي تتلقى مخصصات كوبونات الطعام (Food Stamps)، أو (TANF) (المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة)، ومعظم الأطفال بالحضانة (foster children) يستطيعون الحصول على وجبات مجانية بغض النظر عن ذلك. كما يمكن لأطفالك الحصول على وجبات مجانية إذا كان دخل أسرتك ضمن الحدود المجانية في ضوابط الدخل الفيدرالية. يجب إدراج كل طفل بالحضانة (foster child) على استمارة مستقلة، مع تعبئة الجزء 2 بالكامل، وتوقيع شخص بالغ عليها.
 3. هل يستطيع الأطفال المشردين والهاربين والمتنقلين الحصول على وجبات مجانية؟
يرجى الاتصال بمدرستك أو بمنسق شؤون التلاميذ في الإسكان المؤقت (Coordinator of Students in Temporary Housing) لترى إن كان طفلك (أو أطفالك) مؤهل، إذا لم يتم إبلاغك بأنهم سيحصلون على وجبات مجانية.
 4. من الذي يستطيع الحصول على وجبات بسعر مخفض؟
يستطيع كل طفل من أطفالك الحصول على وجبات بسعر مخفض إذا كان دخل أسرتك ضمن حدود السعر المخفض في جدول الدخل الفيدرالي المبين في استمارة الطلب هذه.
 5. هل يتطلّب مني تعبئة استمارة طلب إذا تلقيت رسالة خلال السنة الدراسية الحالية تفيد بأنه تم اعتماد أطفالي للحصول على وجبات مجانية أو بسعر مخفض؟
يرجى قراءة الرسالة التي تلقيتها بكل عناية وقم باتباع التعليمات المذكورة. اتصل بمدرسة طفلك (أو أطفالك) إذا كان لديك أية استفسارات حول هذا الأمر.
 6. إنني أتلقى حالياً مخصصات من برنامج المعونات الغذائية التكميلية للأمهات والرضع والأطفال (WIC)، فهل يمكن لطفلي (أو أطفالي) الحصول على وجبات مجانية؟
يجوز لأطفال الأسر المشتركين في برنامج (WIC) أن يكونوا مؤهلين لوجبات مجانية أو بسعر مخفض. يرجى تعبئة استمارة الطلب.
 7. هل سيتم التحقق من المعلومات التي أعطيها؟
قد تطلب منك المدرسة في أي وقت خلال السنة الدراسية تقديم الإثبات لأهليتك. سيتم إبلاغك خطياً إذا تم اختيارك لتقديم الإثباتات المؤيدة للأهلية. قد يطلب مسؤولو المدرسة منك عند التقديم إرسال مستندات تبين أنه ينبغي أن يتلقى طفلك وجبات مجانية أو بسعر مخفض.
 8. إذا لم أكن مؤهلاً الآن، فهل يجوز لي التقديم في وقت لاحق؟
نعم. يمكنك التقديم في أي وقت خلال السنة الدراسية في حال ازدياد عدد أفراد أسرتك، أو انخفاض دخلك، أو إذا بدأت تتلقى كوبونات الطعام، أو مخصصات (TANF)، أو أي مخصصات أخرى. وإذا فقدت وظيفتك، قد يجوز لأطفالك الحصول على وجبات مجانية أو بسعر مخفض.
 9. ما العمل إذا كنت لا أوافق على القرار الذي اتخذته المدرسة بشأن استمارة طفلي؟
ينبغي عليك أن تتحدث مع مسؤولي المدرسة. كما يمكنك طلب عقد جلسة إستماع عن طريق الاتصال أو مراسلة المسؤول التنفيذي الأعلى لمكتب خدمات دعم المدارس على العنوان: Chief Executive, Office of School Support Services, 44-36 Vernon Blvd., Long Island City, New York 11101، رقم الهاتف: 707-4300 (718).
 10. هل يمكن التقديم إذا كان أحد أفراد أسرتي ليس مواطناً أمريكياً؟
نعم. لا يتطلب أن تكون أنت أو أطفالك من حملة الجنسية الأمريكية لتكون مؤهلاً لوجبات مجانية أو بسعر مخفض.
 11. من هم الأفراد الذين ينبغي عليّ شملهم من بين أفراد أسرتي؟
يجب عليك أن تشمل في الجزء 4 جميع الأشخاص الذي يعيشون في محل إقامتك، بغض النظر إن كانوا أقارباً لك أم لا (مثل الأجداد أو أقارب آخرين أو أصدقاء). يجب عليك أن تشمل نفسك وجميع الأطفال الآخرين الذين يعيشون معك.
 12. ما العمل إن كان دخلي لا يبقى دائماً على حاله؟
إدرج المبلغ الذي تحصل عليه عادة. مثلاً: إن كنت تحصل عادة على مبلغ 1000 دولار كل شهر، ولكن لم تعمل لبعض الوقت في الشهر الماضي وحصلت على 900 دولار فقط، فأكتب إنك تحصل على 1000 دولار كل شهر. إذا كنت تحصل عادة على وقت عمل إضافي، فأشمله، ولكن، عليك أن لا تشمله إن كنت لا تحصل عليه إلا في بعض الأحيان.
- يجوز أن تطلب منك المنطقة التعليمية في أي وقت خلال العام الدراسي أن تقدّم الإثبات المؤيد للمعلومات التي أدليت بها في استمارة طلبك. وإذا لم تقم بتقديم هذه المعلومات، فلن يسمح لطفلك الاستمرار في تلقي وجبات مجانية أو بسعر مخفض. يستخدم مسؤولو المدرسة المعلومات الموجودة في استمارة الطلب لتحديد ما إذا كان ينبغي على طفلك الحصول على وجبات مجانية أو وجبات بسعر مخفض. قد تستخدم البيانات الخاصة بالوجبات المجانية أو بسعر مخفض لتحديد الأهلية بشأن أحكام الباب الأول (Title I)، والتقييم الوطني للتقدم التعليمي (National Assessment of Educational Progress)، وقد يتم تقاسمها مع وكالات مخولة أخرى البرنامج الوطني للغذاء المدرسي (National School Lunch Program).
- تفرض الأنظمة الفيدرالية على المدارس والمؤسسات أن تقوم بتقديم الوجبات بدون كلفة إضافية لأولئك الأطفال الذين تقيد إعاقاتهم نظامهم الغذائي بشكل لا يستطيعون معه الاشتراك بشكل كامل في برنامج خدمة الطعام دون إجراء تعديلات على الطعام المقدم أو على قائمة الطعام المحددة مسبقاً. يجب عليك أن تطلب وجبات خاصة من المدرسة وأن تقدم إلى المدرسة شهادة طبية من طبيب. إن كنت تعتقد بأن طفلك يتطلّب أطعمة بديلة بسبب الإعاقة المصاب بها فيرجى الاتصال بالمسؤول التنفيذي الأعلى لمكتب خدمات دعم المدارس نظراً لوجود معلومات خاصة يجب أن تكون من ضمن نص الشهادة الطبية.
- يجوز أن يكون طفلك مؤهلاً لتأمين صحي مجاني أو بتكلفة منخفضة من خلال برنامج التأمين الصحي للأطفال المسمى (Child Health Plus). حيث يقوم ذلك البرنامج بدفع تكاليف الرعاية الصحية واحتياجات الأسنان للأطفال وهو برنامج متوفر لجميع الأطفال دون سن 19 عاماً، بغض النظر عن دخل العائلة أو وضع الإقامة القانوني – حتى ولو كان الطفل بدون إقامة قانونية. يرجى إكمال الجزء 6 وسيتم الاتصال بك إن كنت مؤهلاً لتلقي هذه المنافع.
- إن كان لديك أي سؤال أو تحتاج إلى مساعدة في تعبئة استمارة الطلب هذه، فيرجى الاتصال بمدير أو مديرة مدرسة طفلك لطلب المساعدة.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،

Joel I. Klein
مستشار التعليم

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 D D Y Y	First Name MI Last Name	PS 1
03/03/93	JOHN S BRANCH	School # 001
10/15/94	SUE A BRANCH	Indicate Borough <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> BK <input type="checkbox"/> SI
08/27/95	THOMAS T BRANCH	List the current Food Stamp case number or TAMP/DFPIR number from your last filing. Complete a separate application for children with a different case number or no case number.
11/05/95	AMY I LEAF	FOOD STAMP Case # (See Instructions)
		TAMP/DFPIR Case #

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) Ask ADSS How Often?	Child Support/Alimony Payments How Often?	Pay from Pension, Retirement, Social Security How Often?	Any Other Income How Often?
Joe Branch	\$ 2550.45 / Y	\$ /	\$ /	\$ /
Mary Branch	\$ 275.30 / W	\$ /	\$ /	\$ /
Sally Leaf	\$ 400.00 / T	\$ 300.15 / E	\$ /	\$ /
Bill Leaf	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
Jill Leaf	\$ /	\$ /	\$ 400.75 / M	\$ /

TOTAL HOUSEHOLD MEMBERS. Add the names listed in Parts 2 and 4 (enter 1 if Foster Child)

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 Zip
 Home Phone: 718-555-4567
 Daytime Phone: 212-555-1234
 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 NY's Child Health Plus Program regardless of immigration status. For more information, call 311.
 Print your name: Sally Leaf and indicate the best time to call: 7:00 AM PM

تعليمات للأسر حول كيفية تعبئة هذه الاستمارة

يرجى الكتابة بحروف كبيرة واضحة بالبحر الأسود قم بتعبئة استمارة طلب واحدة لجميع الأطفال بمحل إقامتك الذي يداومون بنفس المدرسة واستمارة طلب منفصلة لكل طفل بالحضانة (foster child).

- الجزء 1:** **الطفل بالحضانة (Foster Child):** تقع مسؤولية الطفل بالحضانة على عاتق وكالة الخدمة الاجتماعية أو المحكمة ويمكن حصوله على وجبات بغض النظر عن دخل أسرته.
قم بتعبئة الأجزاء 1 و 2 و 5 فقط.
الدخل: إكتب دخل الاستخدام الشخصي للطفل. إكتب "0" إن لم يكن للطفل دخلاً للاستخدام الشخصي. دخل الاستخدام الشخصي هو (أ) مال يُعطى من وكالة الخدمات الاجتماعية محدد بتصنيف لاستخدام الطفل الشخصي، مثل الملابس، ورسوم المدرسة، والمصرف؛ و(ب) جميع الأموال الأخرى التي يتلقاها الطفل، مثل أموال من عائلته أو عائلته وأموال من وظائف عمل بدوام كامل أو دوام جزئي منتظم. إكتب وتيرة تلقي هذا المال مستخدماً الحروف الأبجدية التالية: (W) أسبوعياً، (E) كل أسبوعين، (M) شهرياً، (T) مرتان في الشهر، أو (Y) سنوياً.
التوقيع: الشرط الوحيد الآخر الذي يخص طفل بالحضانة هو أن يقوم أحد أفراد الأسرة البالغين بتوقيع استمارة الطلب في الجزء 5. غير مطلوب منك تضمين رقم الضمان الاجتماعي.
- الجزء 2:** **إدرج أسماء جميع أطفال الأسرة بمحل إقامتك الذين يداومون بنفس المدرسة:** إكتب في المربعات المناسبة تاريخ الميلاد، والإسم الأول، والحرف الأول من الإسم الأوسط، والإسم الأخير، والجنس، والصف لكل طفل من الأطفال المدرجين. إن كنت تعرف الرقم التعريفي لمدرسة طفلك المكون من تسعة حروف، فإكتبه في المربعات تحت (OSIS number). إكتب اسم و/أو رقم المدرسة التي يداوم بها طفلك (أطفالك) وحدد الحي الذي تقع فيه المدرسة. **إذهب إلى الجزء 3** بنبغي الانتقال إلى الجزء 5 إذا كان الطالب بشأن طفل بالحضانة.
- الجزء 3:** **الأسر التي تتلقى كيوبيونات الطعام أو المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF):** إملء هذا القسم وإذهب إلى الجزء 5 ووقع استمارة الطلب أو قدم خطاب مصدق مباشرة من مكتب شؤون المساعدة المؤقتة والإعاقبة أو برنامج توزيع الطعام المعنى بمجموعات الهندود (FDPIR: Food Distribution Program on Indian Reservations). يجب عليك تعبئة استمارة طلب منفصلة للأطفال الذين لديهم رقم حالة (case number) مختلف أو ليس لديهم رقم حالة.
- رقم الحالة:** إكتب رقم الحالة المتعلق بكيوبيونات الطعام أو مخصصات (TANF) أو مخصصات (FDPIR) كما هو مبين في رسالة المخصصات، لا تكتب قيمة المبلغ المتلقى.
التوقيع: يجب أن يقوم شخص بالغ بتوقيع استمارة الطلب في الجزء 5.
- الجزء 4:** **جميع الأشخاص الآخرين بمحل الإقامة:** إذا لم تقم بتعبئة القسم المخصص لطفل بالحضانة، أو كتابة رقم الحالة المتعلق بكيوبيونات الطعام أو مخصصات (TANF) أو مخصصات (FDPIR)، أو تقديم خطاب مصدق مباشر فيجب عليك ملء كلا من الأجزاء 2، و 4، و 5.
أسماء المقيمين بمحل الإقامة: إكتب اسم كل واحد من أفراد أسرته المقيمين معك، سواء كانوا يتلقون دخلاً أو لا. إشمئ نفسك، وجميع الأطفال غير المدرجين في الجزء 2، وزوجتك، والأجداد، وغيرهم من الناس الأقرباء وغير الأقرباء الذين يعيشون في محل إقامتك. أستخدم ورقة أخرى إذا احتجت لفراغ أكثر.
- الدخل الحالي:** إكتب مبلغ الدخل الحالي الذي يتلقاه كل فرد من أفراد أسرته قبل اقتطاع الضريبة أو أي اقتطاعات أخرى في المربعات الموجودة بجانب أسمائهم، وأشر إلى مصدر الدخل، مثل دخل مكتسب من عمل، ودخل من معاش تقاعد، وغير ذلك من مصادر الدخل. حدد وتيرة تلقي مبلغ الدخل هذا مستخدماً الحروف الأبجدية التالية: (W) أسبوعياً، (E) كل أسبوعين، (M) شهرياً، (T) مرتان في الشهر، أو (Y) سنوياً.
- مستثنيات الدخل:** ينبغي عدم احتساب كدخل لهذا البرنامج كلاً من قيمة أي رعاية للطفل مقدمة أو مرتبة، أو أي مبلغ مقبوض كدفعة للرعاية المذكورة، أو تعويض عن تكاليف ناجمة لهذه الرعاية عملاً باعتماد مالي لتطوير رعاية الطفل (منحة مخصصة) [Child Care Development (Block Grant) Fund]. راجع الجانب الخلفي لهذه الاستمارة بشأن جدول ضوابط الدخل للتأهيل لوجبات بسعر مخفض.
- التوقيع ورقم الضمان الاجتماعي:** **التوقيع:** لا بد أن يوقع أحد أفراد الأسرة البالغين استمارة الطلب وإلا لن يتم اعتماد هذه الاستمارة.
رقم الضمان الاجتماعي: إذا قمت بتعبئة الجزء 4، فيجب كتابة رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ الذي يقوم أو تقوم بتوقيع الجزء 5. وإن لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فإكتب كلمة "NONE".
- التأمين الصحي:** قد يكون طفلك مؤهلاً لتأمين صحي مجاني أو بتكلفة منخفضة. يرجى ملء هذا القسم من النموذج لإدخال طفلك بالخدمة أو للحصول على مزيد من المعلومات. يُفترض عليك كتابة إسمك وأفضل وقت للإتصال با. لا تقطع هذا القسم.
- معلومات عن قانون الخصوصية**
 يقتضى القسم 9 من القانون الوطني للغداء المدرسي (National School Lunch Act) أنه ما لم يتم تقديم رقم حالة أطفالك الخاص بكيوبيونات الطعام أو مخصصات (TANF) أو مخصصات (FDPIR)، أو كان الطفل بالحضانة، فلا بد من تقديم رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ من المواطنين بمحل الإقامة الذي يقوم بتوقيع استمارة الطلب، أو الإشارة إلى أنه ليس لدى ذلك الفرد رقم ضمان اجتماعي ولم تكتب كلمة "NONE" على استمارة الطلب، فلن يتم اعتماد استمارة الطلب. قد يستخدم رقم الضمان الاجتماعي في جهود التحقق من صحة المعلومات المكتوبة على استمارة الطلب. ويجوز أن تعمل جهود التحقق هذه من خلال مراجعات البرنامج، والتدقيق والتحقق، ويجوز أن تتضمن الإتصال بمكتب ضمان التوظيف التابع للولاية من أجل تحديد مبلغ دفع المخصصات التي يتم تلقيها والتحقق من الوثائق التي يقدمها أفراد الأسرة لإثبات مبلغ الدخل الذي يتلقونه. قد تؤدي هذه الجهود إلى فقدان المخصصات أو تخفيضها، أو القيام بتحققات إدارية، أو دعاوى قانونية إذا تم تقديم معلومات غير صحيحة.