

非歧視聲明：本聲明解釋當你認為自己受到不公平對待時應採取的行動。根據聯邦法律和美國農業部（USDA）的政策，本機構嚴禁基於種族、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障而予以歧視。欲提出歧視申訴者，請致函至：USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington DC 20250-9410 或致電 (800) 795-3272（語音系統）和 (202) 720-6382（聽障專線）。USDA 是平等機會提供者與僱主。

通報變更：你申請後所取得之福利於整個學年均有效。你不需要就收入增加或家庭人口減少，或者不再領取糧食券而進行通報。

重新申請：你可以在學年期間的任何時間申請福利。此外，如果你現在資格不符，而在學年期間失業、家庭收入減少，或家庭成員增加，你可以在那時提出申請要求並且填寫申請表格。申請核准與否均會通知你。

保密：美國農業部在毋須徵得家長/監護人的同意前，已同意將學生的姓名與適用資格的資訊發放予與聯邦教育部之行政或執行聯邦教育計劃相關人士，這些計劃包括第一條款（Title I）和國家教育進展評估，兩者均為美國教育部所設的計劃，用作決定學校經費的分配、學校就讀區之社會經濟狀況的評估，以及審查教育的進展。有關資訊亦可能會發佈給由州立機構或當地教育機構所管理之州立健康或州立教育計劃（假如州立或當地教育機構管理該計劃），以及與全國學校午餐計劃類似的聯邦、州立或當地營養計劃。此外，所有在免費餐或減價餐申請表上之資訊也可能發佈給與根據全國學校午餐法（NSLA）、兒童營養法（Child Nutrition Act, 簡稱CNA）授權的管理或執行計劃有直接關係的人士；包括全國學校午餐及早餐計劃、特殊牛奶計劃、兒童與成人關心食物計劃、暑期食物服務計劃，以及婦女、嬰兒及兒童特別營養補助（WIC）計劃；和美國政府審計長用作稽核之用，以及那些調查根據國家學校午餐法或兒童營養法該計劃被違法使用的指控之聯邦、州立或當地執法人員。若非國家學校午餐法特別授權公開的適用資格，必須要有家長/監護人的書面同意才可公開。你的申請批准與否，你均會獲得通知。

2006-2007 學年學生膳食與牛奶價格			
	早餐	午餐	牛奶
減價	\$ 0.00	\$ 0.25	\$ 0.25
全額		\$ 1.50	

減價餐適用資格之收入指引**

家庭人數	年收入不超過	每月收入不超過	每月兩次支薪收入不超過	每兩周收入不超過	每周收入不超過
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
每位額外家庭成員將再增加：					
+	\$ 6,290	\$ 525	\$ 263	\$ 242	\$ 121

*** 請向學校辦公室索取免費餐適用之收入指引

須申報之收入	
未扣除雜項前之工作薪金。包括所有工作。	工資、薪金、小費、佣金、由自營商業或農場所得之收入淨值、罷工福利、失業救濟金和工作福利。
年金/退休金/社會安全金	退休金、退休收入、社會安全金、生活補助金和軍人津貼
任何其他收益	租金淨收益；年金保險；版稅淨收益；殘障福利；利息；股息收益；儲蓄提領現金；遺產收益，信託及/或投資；非同住者之固定捐獻；以及任何可以支付該名兒童膳食之金錢。

請勿在此線下填寫 — 僅供校方使用

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

2006 -2007 學年

各位家長或監護人：

兒童需要有健康的膳食才能學習。學校食品辦公室（Office of School Food）於每一個教學日均供應健康膳食。早餐免費供應給所有學生，午餐的費用則是\$1.50。符合「聯邦入息指引」（請參看背頁）的家庭的學生符合資格享用免費餐或減價餐。每位符合資格的學生將可以\$0.25享用午餐。欲申請免費或減價餐者，請遞交由紐約州臨時救濟及殘障援助辦公室（Office of Temporary and Disability Assistance）所開具之「直接證明」信函，或填妥以下所附的申請表格，簽名後儘快交回給你子女就讀的學校。填寫申請表格時，請參考本信附上的指引。我們無法批准未填妥的申請表，所以請務必填寫所有要求的資訊。

以下的資訊將對你有所幫助：

1. 我需要為每位子女填寫單獨申請表嗎？
不。只要填妥本申請表以申請免費或減價餐。每個家庭只須為就讀同一所學校的所有子女填寫一份申請表。
2. 誰有資格享用免費餐？
領取糧食券或「貧困家庭臨時援助」(TANF)的家庭的學生，以及大多數寄養家庭的學生，不論其寄養的家庭之收入如何也有此資格。此外，如果你的家庭收入在「聯邦入息指引」所規定的免費範圍之內，你的子女也可享用免費餐。每名寄養兒童的申請表格都必須單獨填寫，完成第 2 部分的填寫後，並由一名成年人簽名。
3. 無家可歸、離家出走或遷徙的兒童是否也能享用免費餐？
如果你尚未獲通知他們能享用免費餐的話，請與你子女就讀的學校或學生臨時居所協調員聯絡，以確定你的子女是否符合資格。
4. 誰有資格享用減價餐？
如果你的家庭收入在本申請表所示之「聯邦收入指引」所規定的減價範圍內，你的子女就有資格享用減價餐。
5. 如果本學年我收到免費餐或減價餐申請批准的信函，我還要填寫申請表嗎？
請仔細閱讀你所收到的信函並且按其指示行事。如果你有任何疑問，請致電你子女就讀的學校。
6. 我現在領取「婦女、嬰兒及兒童特別營養補助計劃」（WIC，俗稱「奶票」）的援助，我的子女可以享用免費餐嗎？
參加「婦女、嬰兒及兒童特別營養補助計劃」的家庭的兒童仍有可能具備享用免費餐或減價餐的資格。請你填寫申請表格。
7. 我所填寫的資訊是否會受到審查？
校方可能會在學年內的任何時間向你提出詢問，以核實你的資格。如果你獲選中進行資格核實，你將會收到書面通知。學校工作人員可以在你申請後，要求你出具證明子女應該享有免費餐或減價餐的資格之文件資料。
8. 如果我現在不符合申請資格，我日後是否還能申請？
是。只要你的家庭人口增加，而收入減少，或者你開始領取糧食券、領取貧困家庭臨時援助或其他社會福利，你都可以在學年期間的任何時候提出申請。如果你一旦失業了，你的子女有可能具備享用免費餐或減價餐的資格。
9. 如果我不同意學校對我的申請所做的決定，我可以怎樣做？
你應該與學校工作人員討論。你也可以寫信或致電給學校支援服務辦公室（Office of School Support Services）的主任，要求舉行聽證會，地址是 44-36 Vernon Blvd., Long Island City, New York 11101，電話號碼是 (718) 707-4300。
10. 如果我家中有成員是非美國公民，我是否仍然可以申請？
是。你或你的子女不必是美國公民也可符合享用免費餐或減價餐的資格。
11. 哪些人可以算作我的家庭成員？
你必須將所有居住在你家裡的成員都列入第 4 部分，無論有無親屬關係（例如祖父母、外祖父母、其他親戚或友人）。你必須包括你本人以及所有與你同住的子女。
12. 如果我的收入不固定，我該怎麼辦？
請填寫你通常的收入。舉例來說，如果你每月通常收入為\$1,000，但是，上個月你錯失了一些工作機會而只賺到\$900，那麼，請填上每月收入\$1,000。如果你通常會加班，也請將加班的收入包括在內，如果偶一為之則不用包括在收入之內。

學區可以於學年期間的任何時候詢問你有關申請表上所提供之資訊，以進行核實。如果你拒絕提供這些資訊，你的子女將不准繼續享用免費餐或減價餐。學校工作人員將根據申請表格上的資訊來決定你的子女是否應享用免費餐或減價餐。免費餐或減價餐之數據可以用來決定第一條款（Title I）和國家教育進展評估（National Assessment of Educational Progress）之資格，我們也可以將這些數據與其他全國學校午餐計劃所授權的機構分享。

聯邦法律規定，殘障兒童基於其殘障，其食物也有所限制，所以要對其食物或安排好的菜單作出若干調整才能用膳，學校及教育機構在為這些殘障兒童供應膳食時，不得因在食物或菜單上作出調整而額外收取費用。你必須向學校要求特別的膳食，並且向校方提供由醫生開立之醫療證明。如果你認為子女因為殘障必須使用替代菜單，請與學校支援服務辦公室的主任聯絡，因為你所提供的醫療證明必須包括某些特別的資訊。

你的子女或許可以透過名為兒童加健（Child Health Plus）的計劃取得免費或廉價的醫療保險計劃。無論學童的家庭收入是多少或其移民身分為何，即使他們沒有合法身分證明，兒童加健計劃也將支付兒童醫護及其所需的牙醫的費用，適用資格為 19 歲以下的學童。請填寫第 6 部分，如果你符合這些福利的適用資格，將有人與你聯絡。

如果你對於填寫本申請表有任何疑問或需要人幫助，請與你子女就讀的學校的校長聯絡，以取得協助。

誠致敬意，

克萊恩（Joel I. Klein）
總監

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	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 benefit label. Complete a separate application for children with a different 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	
	How Often?	How Often?	How Often?	How Often?	How Often?	How Often?	How Often?	
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
 Printed Name of adult household member completing this form: JOE A. BRANCH
 Today's Date: 09/07/06 Adult Household Member Social Security #: 123-45-6789
 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 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

填寫本申請表格之說明

請以黑色墨水清楚書寫，並且為家庭裡就讀同一學校的所有子女填寫同一份申請表，每名寄養兒童請各以單獨表格另行申請。

第 1 部分：寄養兒童。 社會服務機構或法院對寄養兒童有法律責任，無論你的家庭收入是多少，寄養兒童都可以獲得膳食。 只須填寫第 1、第 2 及第 5 部分。

收入： 填寫作為該名兒童個人使用之收入。如果這名兒童無個人使用之收入，則填「0」。個人使用之收入是指 (a) 社會服務支付確定為用作該名兒童之個人使用之款額，例如衣服、學費和零用錢；以及 (b) 該名兒童所接受之所有其他金錢，例如來自其家庭、全職工作或固定兼職工作的金錢。請用以下英文字母來表示這些金錢的領取周期：**(W) = 每周，(E) = 每兩周，(M) = 每月，(T) = 每月兩次或 (Y) = 每年。**

簽名： 在寄養兒童的申請表上，另一規定是其寄養家庭裡的一名成年成員必須在本表格的 **第 5 部分** 簽名。簽名時你毋須填寫社會安全號碼。

第 2 部分：列出家中就讀同一所學校的所有子女。 請在所提供之方格內，填寫每名子女的出生日期、名字、中名的英文縮寫、姓氏、性別和就讀年級。如果你知道子女之九位數字學校識別號碼，請將其填在 **OSIS 號碼** 以下的方格中。請填寫子女就讀的學校之名稱與號碼，並且填上學校所在之行政區名稱。接著填寫 **第 3 部分**。至於寄養兒童的申請，請略過第 2 部分之後的填寫，直接跳至 **第 5 部分**。

第 3 部分：領取糧食券或貧困家庭臨時援助之家庭。 填寫這部分後，接著填寫 **第 5 部分**，然後簽名，或遞交由紐約州臨時救濟及殘障援助辦公室或印第安保護區食物分配計劃 (Food Distribution Program on Indian Reservations, 簡稱 FDPIR) 所開立之「直接證明」信函。你必須為不同檔案編號或無檔案編號的子女另外填寫申請表格。

- 檔案編號：** 請填寫你所收到的福利信上提供之糧食券或 TANF/ FDPIR 檔案編號，請勿填寫所收金額。
- 簽名：** 一名成年人必須在本申請表格之 **第 5 部分** 簽名。

第 4 部分：所有其他家庭。 如果你沒有填寫寄養兒童部分，沒有糧食券或 TANF/FDPIR 號碼，或者沒有遞交「直接證明」信函，你必須填寫 **第 2、第 4 及第 5 部分**。

- 家庭成員名字：** 填寫在你家庭裡所有成員的名字，不論他們是否有收入。請包括你本人，以及沒有在 **第 2 部分** 列出的所有子女、你的配偶、祖父母、外祖父母，和其他住在你家中有親屬關係或無親屬關係的人士。如果你需要更多填寫空間，可以用另外一張紙來填寫。
- 目前收入：** 在每名成員的名字旁的方格內，填寫每名家庭成員所獲得之 **稅前或其他扣除雜項前** 的目前收入，並且說明其來源，例如薪資、退休金或其他種類的收入。請用以下英文字母來表示這些收入的領取周期：**(W) = 每周，(E) = 每兩周，(M) = 每月，(T) = 每個月兩次或 (Y) = 每年。**
- 不包括之收入：** 任何已提供或已安排的兒童保育的款額，或任何為兒童保育而收到之款額，或在「兒童保育發展 (整筆補助金) 基金」規定下，為該項兒童保育所報銷之費用，均不應列為本計劃下的收入。請參看本申請表格背面列出的符合享用減價餐之收入指引。

第 5 部分：簽名與社會安全號碼：

- 簽名：** 一名成年家庭成員必須簽署這份申請表，否則將不予受理。
- 社會安全號碼：** 如果填寫 **第 4 部分**，你必須附上於 **第 5 部分** 簽名之成年家庭成員之社會安全號碼。如果你沒有社會安全號碼，請填上「NONE」(「無」的意思)。

第 6 部分：醫療保險： 你子女可能符合免費或廉價醫療保險計劃。請填寫本申請表這一部分或索取更多相關資訊。你必須提供你的姓名以及聯絡你的最佳時間。不要刪去這個部分。

隱私法資訊

「全國學校午餐法」第 9 節規定，除非你提供子女之糧食券或 TANF/FDPIR 檔案編號，或該名兒童為寄養兒童，否則，你必須提供簽署此份申請表之成年家庭成員之社會安全號碼，或說明該名家庭成員沒有社會安全號碼。如果沒有提供社會安全號碼，或者沒有填寫「NONE」字樣，該申請表將不會被批准。所提供之社會安全號碼可以用作確認該名家庭成員在申請表格上所陳述之資訊是否正確。這些資訊查核的行動會以審查計劃、核數與調查形式進行，也可以包括聯絡州就業保障辦公室以確定所收到的福利金額，以及核查由家庭成員所準備之文件，以證明其入息金額。這些調查工作可能會導致福利的喪失或減少、行政賠償，或者發現資訊失實而予以法律行動。