

**Αίτηση περί μη διακρίσεων:** Εδώ σας εξηγούμε τι πρέπει να κάνετε αν πιστεύετε ότι σας αδικήσαν. Σύμφωνα με την Ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το ίδρυμα δεν επιτρέπεται να κάνει διακρίσεις λόγω φυλής, χρώματος, εθνικής καταγωγής, φύλου, ηλικίας ή αναπηρίας. Για να καταγγείλετε τυχόν διακρίσεις εις βάρος σας, γράψτε στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW Washington DC 20250-9410 ή καλέστε τον αριθμό (800) 795-3272 (τηλεφωνητής) και (202) 720-6382 (TTY). Ο USDA είναι εργοδότης παροχής ίσων ευκαιριών.

**Αναφορά αλλαγών:** Τα επιδόματα που σας εγκρίθηκαν όταν κάνατε αίτηση ισχύουν για ολόκληρο το σχολικό έτος. Δεν χρειάζεται να αναφέρετε αλλαγές που αφορούν την αύξηση του εισοδήματος ή τη μείωση του μεγέθους της οικογένειάς σας ή αν δεν παίρνετε πλέον κουπόνια φαγητού.

**Νέα αίτηση:** Μπορείτε να υποβάλλετε αίτηση για επιδόματα οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους. Επίσης, εάν δεν έχετε τις προϋποθέσεις τώρα, αλλά κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους μένεται άνεργος, μειωθεί το οικογενειακό σας εισόδημα ή αυξηθούν τα μέλη της οικογένειάς σας, μπορείτε τότε να ζητήσετε και να συμπληρώσετε μία αίτηση. Θα σας ενημερώσουμε για την έγκριση ή απόρριψη της αίτησής σας.

**Απόρριψη:** Το Υπουργείο Γεωργίας των Ηνωμένων Πολιτειών (USDA) έχει εγκρίνει την παράδοση των ονομάτων και της κατάστασης καταλληλότητας των μαθητών, χωρίς τη συγκατάθεση του γονέα/κηδεμόνα, στο άτομο που συνδέεται άμεσα με τη διαχείριση ή την εφαρμογή ομοσπονδιακών εκπαιδευτικών προγραμμάτων όπως Title I και Εθνική Αξιολόγηση Εκπαιδευτικής Προόδου (NAEP), τα οποία είναι προγράμματα του Υπουργείου Παιδείας των Ηνωμένων Πολιτειών (United States Department of Education) τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση τομέων όπως η κατανομή κονδυλίων σε σχολεία, την αξιολόγηση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης όσον φοιτούν στα σχολεία και την εκτίμηση της εκπαιδευτικής προόδου. Πληροφορίες μπορούν επίσης να δοθούν σχετικά με την κατάσταση της υγείας στην πολιτεία ή τα πολιτειακά εκπαιδευτικά προγράμματα που τα διαχειρίζεται υπηρεσία της πολιτείας ή τοπική υπηρεσία εκπαίδευσης, υπό την προϋπόθεση ότι η υπηρεσία της πολιτείας ή η τοπική υπηρεσία εκπαίδευσης διαχειρίζεται το πρόγραμμα και ομοσπονδιακά ή πολιτειακά προγράμματα σίτισης παρόμοια με εκείνα του προγράμματος National School Lunch Program. Επίσης, όλα τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτηση για δωρεάν ή μειωμένου κόστους γεύματα μπορούν να δοθούν σε άτομα που σχετίζονται άμεσα με τη διαχείριση ή την εφαρμογή προγραμμάτων εγκεκριμένων από το Νόμο περί Εθνικών Σχολικών Γευμάτων (NSLA) ή το Νόμο περί Παιδικής Σίτισης (CNA), καθώς και των προγραμμάτων Εθνικών Σχολικών Γευμάτων (National School Lunch) και Προγράμματα Σχολικού Πρωινού (School Breakfast Programs), Ειδικό Πρόγραμμα Γάλακτος (Special Milk Program), Πρόγραμμα Διατροφικής Φροντίδας Παιδιών και Ενηλίκων (Child and Adult Care Food Program), Πρόγραμμα Υπηρεσιών Θερνής Διατροφής (Summer Food Service Program) και το Ειδικό Συμπληρωματικό Διατροφικό Πρόγραμμα για Γυναίκες Νήπια και Παιδιά (WIC), στον Γενικό Επιθεωρητή των Ηνωμένων Πολιτειών για λογιστικό έλεγχο και στους επόπτες εφαρμογής των ομοσπονδιακών, πολιτειακών και δημοτικών νόμων που ερευνούν ενδεχόμενες παραβάσεις των προγραμμάτων των NSLA και CNA. Η αποκάλυψη στοιχείων των δικαιούχων χωρίς την έγκριση του NSLA απαιτεί τη γραπτή συγκατάθεση του γονέα/κηδεμόνα. Θα σας ενημερώσουμε για την έγκριση ή απόρριψη της αίτησής σας.

2006-2007 ΤΙΜΕΣ ΓΙΑ ΓΕΥΜΑ ΚΑΙ ΓΑΛΑ ΜΑΘΗΤΩΝ			
	ΠΡΩΙΝΟ	ΓΕΥΜΑ	ΓΑΛΑ
<b>ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ</b>		\$ 0,25	
<b>ΠΛΗΡΗΣ ΤΙΜΗ</b>	\$ 0,00	\$ 1,50	\$ 0,25

ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΧΡΕΩΣΗ**					
Μέλη νοικοκυριού	Ετήσιο εισόδημα μικρότερο από	Μηνιαίο εισόδημα μικρότερο από	Δεκαπενθήμερο εισόδημα μικρότερο από	Εισόδημα δύο εβδομάδων μικρότερο από	Εβδομαδιαίο εισόδημα μικρότερο από
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
<b>Για κάθε πρόσθετο μέλος του νοικοκυριού ΠΡΟΣΘΕΣΤΕ:</b>					
+	\$ 6.290	\$ 525	\$ 263	\$ 242	\$ 121

\*\*\* Ο Πίνακας Οδηγιών Εισοδήματος για τα γεύματα χωρίς χρέωση μπορεί να διατεθεί από το σχολείο, μετά από αίτηση

ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΤΑΙ	
Αποδοχές από εργασία πριν από τις κρατήσεις. Συμπεριλαμβάνονται όλες οι εργασίες.	Μισθοί, μεροκάματα, φιλοδώρηματα, προμήθειες, καθαρά έσοδα από ιδιόκτητες επιχειρήσεις και αγροκτήματα, αποζημίωση απεργίας, επιδόματα ανεργίας και εργατικές αμοιβές.
Συντάξεις / Επιδόματα / Κοινωνική Ασφάλιση	Συντάξεις, επιδόματα, κοινωνική ασφάλιση, συμπληρωματικό εισόδημα από ασφάλειες και αποζημιώσεις παλαιαμάχων.
Οποιοδήποτε άλλο εισόδημα	Εισόδημα όχι από ενοίκια, ασφαλιστικές παροχές, καθαρά δικαιώματα, επιδόματα αναπηρίας, τόκοι, εισόδημα από μερίσματα, μετρητά που έχουν αναληφθεί από λογαριασμό ταμειντρίου, εισόδημα από ακίνητα, καταπιστεύματα ή/και επενδύσεις, τακτικές συνεισφορές από άτομα που δεν ζουν στο νοικοκυριό και οποιαδήποτε άλλα χρηματικά ποσά τα οποία μπορεί να είναι διαθέσιμα για την πληρωμή των γευμάτων των παιδιών.

**ΜΗ ΓΡΑΦΕΤΕ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΥΤΗ ΤΗ ΓΡΑΜΜΗ – ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ**

**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

Αγαπητέ Γονέα ή Κηδεμόνα:

Τα παιδιά χρειάζονται υγιεινά γεύματα για να μάθουν. Το Γραφείο Σχολικών Γευμάτων προσφέρει υγιεινά γεύματα κάθε σχολική ημέρα. Το πρωινό είναι δωρεάν για όλους τους μαθητές, το μεσημεριανό γεύμα στοιχίζει \$1,50. Μαθητές από νοικοκυριά που πληρούν τις Ομοσπονδιακές Οδηγίες Εισοδήματος (βλέπε πίσω σελίδα) δικαιούνται γεύματα χωρίς χρέωση ή με μειωμένη χρέωση. Τα γεύματα μειωμένης χρέωσης στοιχίζουν \$0,25 στους μαθητές που τα δικαιούνται. Για να ζητήσετε την παροχή γευμάτων χωρίς χρέωση ή με μειωμένη χρέωση, υποβάλετε μια Επιστολή Άμεσης Επιβεβαίωσης από το Γραφείο Προσωρινής και Αναπηρικής Βοήθειας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) Ή συμπληρώστε και υπογράψτε την αίτηση που εσωκλείεται στο παρόν, και επιστρέψτε την στο σχολείο του παιδιού σας το συντομότερο δυνατόν. Παρακαλούμε, κατά τη συμπλήρωση της αίτησης, ανατρέξτε στις οδηγίες που περιέχονται στην παρούσα επιστολή. Δεν μπορούμε να εγκρίνουμε αίτηση που δεν είναι πλήρως συμπληρωμένη, γι' αυτό βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες.

**ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΘΑ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ:**

1. Πρέπει να συμπληρώσω μία αίτηση για κάθε παιδί;  
Όχι. Συμπληρώστε την αίτηση για γεύματα χωρίς χρέωση ή με μειωμένη χρέωση. Συμπληρώστε μία μόνο αίτηση ανά νοικοκυριό για όλα τα παιδιά που είναι εγγεγραμμένα στο ίδιο σχολείο.
2. Ποιοι δικαιούνται δωρεάν γεύματα;  
Παιδιά από νοικοκυριά που παίρνουν Κουπόνια φαγητού ή TANF και τα περισσότερα ανάδοχα παιδιά μπορούν να παίρνουν δωρεάν γεύματα ανεξαρτήτως του εισοδήματός σας. Επίσης, τα παιδιά σας μπορούν να έχουν δωρεάν γεύματα αν το εισόδημα του νοικοκυριού είναι μέσα στα όρια των Ομοσπονδιακών Οδηγιών Εισοδήματος. Κάθε ανάδοχο παιδί πρέπει να αναγράφεται σε διαφορετική αίτηση με συμπληρωμένο το Μέρος 2 και με υπογραφή ενός ενήλικα.
3. Μπορούν τα άστεγα παιδιά, τα παιδιά που το έχουν σκάσει από τις οικογένειες τους ή τα παιδιά των μεταναστών να παίρνουν δωρεάν γεύματα;  
Παρακαλούμε, αν δεν έχετε ενημερωθεί ότι τα παιδιά θα παίρνουν δωρεάν γεύματα, επικοινωνήστε με το σχολείο ή με το Συντονιστή Μαθητών με Προσωρινή Διαμονή (Coordinator of Students in Temporary Housing) για να δείτε αν το παιδί σας τα δικαιούται.
4. Ποιος μπορεί να παίρνει γεύματα με μειωμένη χρέωση;  
Τα παιδιά σας μπορούν να παίρνουν γεύματα με μειωμένη χρέωση αν το εισόδημα του νοικοκυριού είναι μέσα στα όρια που αναφέρονται στον Ομοσπονδιακό Πίνακα Εισοδήματος που παρουσιάζεται στην παρούσα αίτηση.
5. Σε περίπτωση που έχω λάβει από το σχολείο επιστολή που αναφέρει ότι τα παιδιά μου δικαιούνται γεύματα χωρίς χρέωση ή με μειωμένη χρέωση, πρέπει να συμπληρώσω αίτηση;  
Παρακαλούμε, διαβάστε με προσοχή την επιστολή που λάβατε και ακολουθήστε τις οδηγίες. Αν έχετε απορίες, επικοινωνήστε με το σχολείο του παιδιού.
6. Λαμβάνω WIC, δικαιούνται τα παιδιά μου δωρεάν γεύματα;  
Παιδιά από νοικοκυριά που μετέχουν στο WIC μπορεί να δικαιούνται γεύματα χωρίς χρέωση ή με μειωμένη χρέωση. Παρακαλούμε, συμπληρώστε μια αίτηση.
7. Θα ελεγχθούν οι πληροφορίες που θα δώσω;  
Το σχολείο μπορεί να σας ζητήσει οποιαδήποτε στιγμή στη διάρκεια της χρονιάς να επιβεβαιώσετε τα στοιχεία. Αν έχετε επιλεγεί για Επιβεβαίωση θα ενημερωθείτε. Οι υπεύθυνοι του σχολείου μπορεί να σας ζητήσουν να αποστείλετε χαρτιά που θα επιβεβαιώσουν ότι το παιδί σας δικαιούταν γεύματα χωρίς χρέωση ή με μειωμένο κόστος όταν κάνατε την αίτηση.
8. Αν τώρα δεν έχω το δικαίωμα, μπορώ να κάνω αίτηση αργότερα;  
Ναι. Μπορείτε να κάνετε αίτηση οποιαδήποτε στιγμή στη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, αν η σύνθεση του νοικοκυριού σας αλλάξει, αν το εισόδημά σας μειωθεί ή αν αρχίσετε να παίρνετε Κουπόνια φαγητού, TANF ή άλλο επίδομα. Αν χάσετε τη δουλειά σας, τα παιδιά σας μπορεί να έχουν δικαίωμα σε γεύματα χωρίς χρέωση ή με μειωμένη χρέωση.
9. Τι γίνεται σε περίπτωση που διαφωνώ με την απόφαση του σχολείου σχετικά με την αίτησή μου;  
Θα πρέπει να μιλήσετε με τους υπεύθυνους του σχολείου. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε εγγράφως ή τηλεφωνικά ακρόαση από τον Διευθυντή, Γραφείο υπηρεσιών σχολικής υποστήριξης (Chief Executive, Office of School Support Services), 44-36 Vernon Blvd., Long Island City, New York 11101, (718) 707-4300.
10. Μπορώ να κάνω αίτηση αν κάποιο μέλος του νοικοκυριού δεν έχει την Αμερικανική υπηκοότητα;  
Ναι. Εσείς ή τα παιδιά σας δεν χρειάζεται να έχετε την Αμερικανική υπηκοότητα για να παίρνετε γεύματα χωρίς χρέωση ή με μειωμένη χρέωση.
11. Ποιους θα πρέπει να συμπεριλάβω ως μέλη του νοικοκυριού;  
Πρέπει να συμπεριλάβετε στο Μέρος 4 όλα τα άτομα που ζουν μαζί σας, συγγενικά ή όχι (όπως παππούδες, άλλους συγγενείς ή φίλους). Πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας.
12. Τι συμβαίνει αν το εισόδημά μου δεν είναι πάντοτε το ίδιο;  
Γράψτε το ποσό που λαμβάνετε συνήθως. Για παράδειγμα, αν το συνηθισμένο μηνιαίο εισόδημά σας είναι \$1000 και τον τελευταίο μήνα επήρατε μόνο \$900, συμπληρώστε \$1000 το μήνα. Αν συνήθως κάνετε υπερωρίες, να τις συμπεριλάβετε, αλλά αν κάνετε υπερωρίες κάποιες φορές μόνο, να μην τις συμπεριλάβετε.

Η περιφέρεια των σχολείων μπορεί να ζητήσει οποιαδήποτε στιγμή στη διάρκεια της σχολικής χρονιάς να επιβεβαιώσετε τις πληροφορίες που αναγράφονται στην αίτηση. Αν δεν προσκομίσετε τα απαιτούμενα έγγραφα, το παιδί σας δεν θα δικαιούται πλέον γεύματα χωρίς χρέωση ή με μειωμένη χρέωση. Οι υπεύθυνοι των σχολείων εξετάζουν τις πληροφορίες των αιτήσεων για να ορίσουν αν ένα παιδί δικαιούται γεύματα χωρίς χρέωση ή με μειωμένη χρέωση. Τα γεύματα χωρίς χρέωση και τα γεύματα μειωμένης χρέωσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να προσδιοριστεί το δικαίωμα σε Title I και στην Εθνική Αξιολόγηση Σχολικής Προόδου (National Assessment of Educational Progress) και μπορεί να δίνονται και σε άλλους εξουσιοδοτημένους φορείς του Εθνικού Προγράμματος Σχολικών Γευμάτων.

Σύμφωνα με τους Ομοσπονδιακούς κανονισμούς τα σχολεία και τα ιδρύματα πρέπει να σερβίρουν γεύματα χωρίς πρόσθετη χρέωση στα παιδιά που λόγω αναπηρίας ακολουθούν συγκεκριμένη διατροφή και πρέπει να γίνονται τροποποιήσεις στα προσφερόμενα φαγητά ή στο προγραμματισμένο μενού. Πρέπει να ζητήσετε αυτά τα συγκεκριμένα γεύματα από το σχολείο και να δώσετε στο σχολείο τα κατάλληλα πιστοποιητικά από ιατρό. Αν πιστεύετε ότι το παιδί σας έχει ανάγκη διαφορετικών γευμάτων, επικοινωνήστε με τον Διευθυντή, Γραφείο υπηρεσιών σχολικής υποστήριξης (Chief Executive, Office of School Support Services), καθώς είναι συγκεκριμένες οι πληροφορίες που θα πρέπει να αναφέρονται στο ιατρικό πιστοποιητικό.

Το παιδί σας μπορεί να δικαιούται ασφάλεια υγείας δωρεάν ή μειωμένης χρέωσης μέσω ενός προγράμματος που ονομάζεται Child Health Plus. Το πρόγραμμα Child Health Plus πληρώνει για την ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών και διατίθεται σε παιδιά ηλικίας κάτω των 19 ετών, ανεξαρτήτως της οικονομικής και της μεταναστευτικής κατάστασης των γονέων - ακόμα και αν δεν έχουν χαρτιά. Παρακαλείστε να συμπληρώσετε το Μέρος 6 και θα επικοινωνήσουμε μαζί σας αν δικαιούστε αυτά τα βοηθήματα.

Αν έχετε απορίες ή χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση της αίτησης, παρακαλούμε απευθυνθείτε στο διευθυντή του σχολείου του παιδιού σας.

Με εκτίμηση,

Joel I. Klein  
Διευθυντής

# 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 Withdrew:

**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 6.

## LIST ALL CHILDREN ATTENDING THIS SCHOOL LIVING IN HOUSEHOLD

*Birthdate	Print Legal Name of Students Attending This School (* Optional Information)	School Name
M M O O D D Y Y	First Name MI Last Name *Gender *Grade *OSIS #	PS 1
03/03/93	JOHN S BRANCH M 07 010111211	School # 001
10/15/94	SUE A BRANCH F 06 111223456	Indicate Borough: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> BK <input type="checkbox"/> SI
08/27/95	THOMAS T BRANCH M 05	<p><small>List the current Food Stamp case number or TANF/FDPIR number. Enter your current case number. Complete a separate application for children with a different case number or no case number.</small></p> <p>FOOD STAMP Case # <input type="text"/></p> <p>TANF/FDPIR Case # <input type="text"/></p>
11/05/95	AMY I LEAF F 05	

### 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 2006 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	\$ 2753.00 / 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 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 311.  
 Print your name: Sally Leaf and indicate the best time to call: 7:00 AM  PM

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ-

**Γράψτε καθαρά με μαύρη μελάνη και συμπληρώστε μία αίτηση για όλα τα παιδιά του νοικοκυριού που είναι εγγεγραμμένα στο ίδιο σχολείο και από μία χωριστή αίτηση για κάθε ανάδοχο παιδί.**

**ΜΕΡΟΣ 1: ΑΝΑΔΟΧΟ ΠΑΙΔΙ:** Για τα ανάδοχα παιδιά, η νομική ευθύνη έχει η κοινωνική υπηρεσία ή το δικαστήριο και δικαιούνται γεύματα ανεξαρτήτως του εισοδήματος του νοικοκυριού. **Συμπληρώστε τα ΜΕΡΗ 1, 2 και 5 μόνο.**  
**ΕΙΣΟΔΗΜΑ:** Γράψτε το προσωπικό εισόδημα του παιδιού. Γράψτε "0" αν το παιδί δεν έχει προσωπικό εισόδημα. Προσωπικό εισόδημα θεωρούνται (α) χρήματα που δίνονται από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες αποκλειστικά για χρήση από το παιδί, όπως για ρουχισμό, διδακτρα και επίδομα και (β) όλα τα υπόλοιπα χρήματα που λαμβάνει το παιδί, όπως χρήματα από την οικογένεια του ή χρήματα από πλήρη ή συστηματική μερική απασχόληση. Γράψτε τη συχνότητα με την οποία λαμβάνονται τα χρήματα χρησιμοποιώντας τα εξής γράμματα: (W) = εβδομαδιαία, (E) = ανά δύο εβδομάδες, (M) = μηνιαία, (T) = διμηνιαία ή (Y) = ετήσια.  
**ΥΠΟΓΡΑΦΗ:** Για ανάδοχο παιδί, η μόνη άλλη απαίτηση είναι ότι ένα ενήλικο μέλος του νοικοκυριού πρέπει να υπογράψει στο ΜΕΡΟΣ 5 της αίτησης. Δεν απαιτείται αριθμός κοινωνικής ασφάλισης.

**ΜΕΡΟΣ 2: ΔΗΛΩΣΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΑ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.** Για κάθε παιδί γράψτε ημερομηνία γέννησης, όνομα, πατρώνυμο, επώνυμο, φύλο και τάξη στα αντίστοιχα πλαίσια. Αν γνωρίζετε τον 9ψήφιο κωδικό αναγνώρισης του σχολείου, γράψτε τον στα πλαίσια κάτω από το OSIS number. Γράψτε το όνομα ή/και τον αριθμό του σχολείου στο οποίο είναι εγγεγραμμένα τα παιδιά σας και δηλώστε την περιφέρεια στην οποία ανήκει το σχολείο. **Πηγαίνετε στο ΜΕΡΟΣ 3.** Για ανάδοχο παιδί, πηγαίνετε στο ΜΕΡΟΣ 5.

**ΜΕΡΟΣ 3: ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΚΟΥΠΟΝΙΑ ΦΑΓΗΤΟΥ Ή ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΣΕ ΑΝΑΓΚΗ (TANF):** Συμπληρώστε αυτήν την ενότητα και πηγαίνετε στο ΜΕΡΟΣ 5 και υπογράψτε την αίτηση. Ή υποβάλετε μια Επιστολή Άμεσης Επιβεβαίωσης από το Γραφείο Προσωρινής ή Αναπηρικής Βοήθειας ή από το Πρόγραμμα Διανομής Τροφίμων ή από Περιοχές Ινδιάνων (FDPIR). Πρέπει να συμπληρώσετε από μία χωριστή αίτηση για κάθε παιδί με διαφορετικό αριθμό υπόθεσης ή χωρίς αριθμό υπόθεσης.

- ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ:** Γράψτε τον Αριθμό Υπόθεσης TANF/ FDPIR για τα Κουπόνια Φαγητού ή TANF/ FDPIR όπως αναφέρεται στην επιστολή που έχετε λάβει, μη γράψετε το λαμβανόμενο εισόδημα.
- ΥΠΟΓΡΑΦΗ:** Ένας ενήλικας πρέπει να υπογράψει την αίτηση στο ΜΕΡΟΣ 5.

**ΜΕΡΟΣ 4: ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ:** Αν δεν συμπληρώσατε την ενότητα για ανάδοχα παιδιά, Κουπόνια Φαγητού ή TANF/ FDPIR ή δεν υποβάλατε Επιστολή Άμεσης Επιβεβαίωσης, πρέπει να συμπληρώσετε τα ΜΕΡΗ 2, 4 και 5.

- ΟΝΟΜΑΤΑ ΜΕΛΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ:** Γράψτε τα ονόματα όλων των μελών του νοικοκυριού, ανεξαρτήτως εισοδήματος. Συμπεριλάβετε τον εαυτό σας, όλα τα παιδιά που δεν αναφέρονται στο ΜΕΡΟΣ 2, το/τη σύζυγο, παππούδες και άλλα συγγενικά και μη συγγενικά πρόσωπα που ανήκουν στο νοικοκυριό. Αν ο χώρος δεν επαρκεί, χρησιμοποιήστε πρόσθετη σελίδα χαρτί.
- ΤΡΕΧΟΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑ:** Γράψτε το τρέχον εισόδημα κάθε μέλους προ φόρων ή άλλων εκπτώσεων στα πλαίσια δίπλα στα ονόματα και δηλώστε την προέλευσή του, όπως μισθοί, συντάξεις και άλλα εισοδήματα. Γράψτε τη συχνότητα με την οποία λαμβάνονται τα χρήματα χρησιμοποιώντας τα εξής γράμματα: (W) = εβδομαδιαία, (E) = ανά δύο εβδομάδες, (M) = μηνιαία, (T) = διμηνιαία ή (Y) = ετήσια.
- ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ:** Το ποσό για τη φροντίδα του παιδιού, το οποίο παρέχεται ή έχει διακανονιστεί, ή οποιοδήποτε άλλο ποσό λαμβάνεται ως πληρωμή για τη φροντίδα ή ως αποζημίωση για τα έξοδα που προκύπτουν από τη φροντίδα σύμφωνα με το Ταμείο Ανάπτυξης Φροντίδας Παιδιού (Child Care Development (Block Grant) Fund) δεν πρέπει να θεωρηθούν εισόδημα για το παρόν πρόγραμμα. Στην πίσω σελίδα της αίτησης υπάρχει ένας πίνακας που παραθέτει τις κλίμακες εισοδήματος που πρέπει να έχουν όσοι δικαιούνται γεύματα με μειωμένες τιμές.

**ΜΕΡΟΣ 5: ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:**  
**ΥΠΟΓΡΑΦΗ:** Ένα ενήλικο μέλος του νοικοκυριού πρέπει να υπογράψει την αίτηση διαφορετικά η αίτηση δεν μπορεί να εγκριθεί.  
**ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:** Αν έχει συμπληρωθεί το ΜΕΡΟΣ 4, θα πρέπει να αναγραφεί ο Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης του ενήλικα που υπογράφει στο ΜΕΡΟΣ 5. Αν δεν έχετε Αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης, γράψτε τη λέξη "NONE".

**ΜΕΡΟΣ 6: ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ:** Το παιδί σας μπορεί να δικαιούται δωρεάν ή μειωμένης χρέωσης ασφάλεια υγείας. Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε αυτήν την ενότητα της αίτησης για να εγγραφείτε το παιδί σας ή για να πάρετε περισσότερες πληροφορίες. Θα πρέπει να γράψετε το όνομά σας και την ώρα που προτιμάτε να επικοινωνήσουμε μαζί σας. **ΜΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΕΤΕ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ.**

### ΠΑΡΟΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Σύμφωνα με την Ενότητα 9 της Νομοθετικής Πράξης περί Εθνικών Σχολικών Γευμάτων (National School Lunch Act) αν δεν αναφέρεται ο αριθμός υπόθεσης του παιδιού για τα Κουπόνια φαγητού ή τα TANF/Idpir ή αν το παιδί δεν είναι ανάδοχο, θα πρέπει να συμπεριληφθεί ο Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης του ενήλικου μέλους του νοικοκυριού που υπογράφει την αίτηση ή να δηλωθεί ότι το συγκεκριμένο μέλος του νοικοκυριού δεν έχει Αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης. Αν δεν δοθεί Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης ή δεν έχει συμπληρωθεί η λέξη "NONE", η αίτηση δεν μπορεί να εγκριθεί. Ο Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εντοπιστεί το μέλος του νοικοκυριού κατά τον ελεγχό επιβεβαίωσης της ακρίβειας των στοιχείων που αναφέρονται στην αίτηση. Ανέτι οι προσπάθειες επιβεβαίωσης μπορεί να γίνουν στα πλαίσια ελέγχων που προγραμματίζονται, οικονομικών ελέγχων και ερευνητικών και μπορεί να συμπεριλάβουν την επικοινωνία με το γραφείο κοινωνικής απασχόλησης της Πολιτείας για να προσδιοριστεί το ύψος των λαμβανόμενων αποδοχών και για να ελεγχθούν τα στατιστικά που δόθηκαν από τα μέλη του νοικοκυριού ως απόδειξη του λαμβανόμενου εισοδήματος. Οι προσπάθειες αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε απόλυτη ή μείωση των επιδομάτων, διοικητικές κυρώσεις ή νομικές ενέργειες σε περίπτωση που οι πληροφορίες που δόθηκαν ήταν ανακριβείς.