

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia, co należy zrobić, jeżeli uważają Państwo, że potraktowano Państwa niesprawiedliwie. Zgodnie z prawem federalnym i przepisami Departamentu Rolnictwa USA, tej instytucji zabrania się dyskryminować z powodu rasy, koloru skóry, narodowości, płci, wieku lub niepełnosprawności. Skargi na dyskryminację należy składać pisemnie do: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW Washington DC 20250-9410 lub dzwoniąc pod numer (800) 795-3272 (linia zwykła) albo (202) 720-6382 (dla niesłyszących). USDA to usługodawca i pracodawca stosujący zasadę równych możliwości.

Zgłaszanie zmian: Świadczenia zatwierdzone po złożeniu wniosku pozostają w mocy przez cały rok szkolny. Nie ma obowiązku zgłaszania wzrostu dochodu lub zmniejszenia liczby domowników, ani zaprzestania korzystania z food stamps.

Ponowne składanie wniosku: Wniosek o świadczenia można złożyć w dowolnym momencie w ciągu roku szkolnego. Ponadto, osoby, które nie kwalifikują się teraz, ale tracą pracę w ciągu roku szkolnego, obniży im się dochód gospodarstwa domowego albo zwiększy liczba domowników, mogą wówczas wypełnić ten wniosek. Powiadomimy Państwa o zatwierdzeniu bądź odrzuceniu wniosku.

Poufność: Departament Rolnictwa USA zgodził się na ujawnianie nazwisk uczniów oraz informacji, czy kwalifikują się do programu, bez zgody rodziców/opiekunów, osobom związanym z kierowaniem lub egzekwowaniem federalnych programów oświatowych, takich jak Title I i National Assessment of Educational Progress (NAEP), które są programami Departamentu Oświaty USA służącymi między innymi do ustalenia przydziału funduszy do szkół, ewaluacji stanu socjoekonomicznego okolicy, z której pochodzą uczniowie szkoły i oceny postępów w nauce. Informacje mogą być również ujawnione przedstawicielom stanowych programów zdrowotnych lub oświatowych, jeżeli kierują nimi stanowe lub lokalne agencje oświatowe, jak również przedstawicielom federalnych, stanowych lub lokalnych programów żywienia podobnych do Ogólnokrajowego Programu Lunchu w Szkole. Ponadto *wszystkie* dane z wniosku o darmowe lub zniżkowe posiłki mogą być ujawnione osobom bezpośrednio związanym z kierowaniem lub egzekwowaniem programów stworzonych zgodnie z Ustawą o Ogólnokrajowym Programie Lunchu w Szkole (NSLA) lub Ustawą o Żywieniu Dzieci (CNA); wchodzą w to programy: National School Lunch and School Breakfast Programs, Special Milk Program, Child and Adult Care Food Program, Summer Food Service Program i Special Supplemental Nutrition Program for Women Infants and Children (WIC); mogą być też ujawnione naczelnemu rewidentowi (Comptroller General) USA do celów audytu oraz federalnym, stanowym i lokalnym organom prawa w celu badania przypadków, gdzie zachodzi podejrzenie naruszenia zasad NSLA lub CNA. Ujawnienie informacji o kwalifikowaniu się do programu, które nie są wyraźnie dozwolone w myśl NSLA wymagają pisemnej zgody rodzica/opiekuna. Powiadomimy Państwa o zatwierdzeniu bądź odrzuceniu wniosku.

2006-2007 CENY POSILKÓW I MLEKA DLA UCZNIÓW			
	ŚNIADANIE	LUNCH	MLEKO
CENA ZNIŻKOWA	\$ 0,00	\$ 0,25	\$ 0,25
CENA PEŁNA		\$ 1,50	

WYSOKOŚĆ DOCHODU UPRAWNIAJĄCA DO ZNIŻKOWYCH POSILKÓW**					
Liczba domowników	Dochód roczny nie wyższy niż	Dochód miesięczny nie wyższy niż	Dochód 2 x na miesiąc nie wyższy niż	Dochód co 2 tygodnie nie wyższy niż	Dochód tygodniowy nie wyższy niż
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
Każdy kolejny domownik - DODAC':					
+	\$ 6.290	\$ 525	\$ 263	\$ 242	\$ 121

*** Tabela dochodów uprawniających do darmowych posiłków dostępna w sekretariacie szkoły

DOCHODY DO ZGŁOSZENIA	
Zarobki z pracy przed potrąceniami. Z wszystkich prac.	Zarobki, pensje, napiwki, komisowe, dochód netto z własnej firmy lub gospodarstwa rolnego, zasiłki strajkowe, zasiłek dla bezrobotnych lub zasiłek po wypadku przy pracy.
Emerytury/ Zasiłek emerytalny / Social Security	Emerytury, dochód emerytalny, social security, SSI, zasiłki dla weteranów wojskowych
Inne formy dochodu	Dochód netto z czynszów; gaże netto, zasiłek inwalidzki, odsetki, dywidendy, gotówka pobrana z konta oszczędnościowego, spadki, fundusze powiernicze i inwestycje; pieniądze otrzymywane od osób spoza domu, inne pieniądze dostępne do pokrycia kosztów posiłków dziecka/dzieci.

PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEJ LINII - TYLKO DO UŻYTKU SZKOŁY
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

Do Rodziców lub Opiekunów: Szanowni Państwo!

Rok szkolny 2006 -2007

Zdrowe posiłki są dzieciom niezbędne do nauki. Biuro Posiłków szkolnych oferuje zdrowe posiłki w każdym dniu nauki. Śniadanie jest bezpłatne dla wszystkich uczniów, a lunch kosztuje \$1,50. Do bezpłatnych lub zniżkowych posiłków kwalifikują się dzieci z domów spełniających federalne kryteria dochodu (Federal Income Guidelines) (na odwrócie). Zniżkowe posiłki dla kwalifikujących się uczniów kosztują \$0,25 za lunch. Aby ubiegać się o darmowe lub zniżkowe posiłki, należy złożyć tzw. Direct Certification letter z Biura Pomocy Tymczasowej i Osobom Niepełnosprawnym stanu Nowy Jork (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) LUB wypełnić załączony wniosek, podpisać go i zwrócić jak najszybciej do szkoły Państwa dziecka. Sposób wypełnienia wniosku został szczegółowo omówiony we wskazówkach zawartych w tym liście. Nie możemy zatwierdzić wniosku, który nie został wypełniony w całości, prosimy więc wpisać wszelkie potrzebne informacje.

OTO ODPOWIEDZI NA NAJWAŻNIEJSZE PYTANIA:

1. Czy trzeba wypełnić osobny wniosek na każde dziecko?
Nie. Proszę wypełnić wniosek, aby ubiegać się o darmowe lub zniżkowe posiłki. Proszę wypełnić tylko jeden wniosek na rodzinę, obejmujący wszystkie dzieci chodzące do tej samej szkoły.
2. Kto może mieć darmowe posiłki?
Dzieci z domów otrzymujących kartki na żywność (Food Stamps) lub TANF i większość dzieci przybranych może otrzymywać darmowe posiłki niezależnie od dochodów rodziców. Dziecko może otrzymywać darmowe posiłki również wtedy, jeżeli dochód Państwa domu mieści się w granicach ustalonych dla darmowych posiłków wg federalnych wytycznych dochodu (Federal Income Guidelines). Każde dziecko przybrane należy wpisać na osobny wniosek i wypełnić Część 2, pod którą musi się podpisać dorosły.
3. Czy dzieci bezdomne, uciekinierzy i dzieci migrantów otrzymują darmowe posiłki?
Proszę skontaktować się ze szkołą lub koordynatorem ds. uczniów (Coordinator of Students) w miejscu tymczasowego zamieszkania, aby zorientować się, czy Państwa dziecko/dzieci kwalifikują się, jeżeli nie powiadomiono Państwa, że otrzymają darmowe posiłki.
4. Kto może dostawać zniżkowe posiłki?
Dziecko może otrzymywać tanie posiłki, jeżeli dochód Państwa domu mieści się w granicach ustalonych dla zniżkowych posiłków wg tabeli dochodu federalnego (Federal Income Chart), pokazanej w tym wniosku.
5. Czy muszę wypełniać ten wniosek, jeśli szkoła przysłała mi list w tym roku szkolnym, że moje dzieci zostały zatwierdzone do darmowych lub zniżkowych posiłków?
Proszę uważnie przeczytać ten list i zastosować się do wskazówek. W razie wątpliwości, proszę dzwonić do szkoły dziecka.
6. Czy moje dziecko/dzieci mogą otrzymywać darmowe posiłki jeśli dostają WIC?
Dzieci z domów uczestniczących w WIC mogą kwalifikować się do darmowych lub zniżkowych posiłków. Proszę wypełnić wniosek.
7. Czy informacje, które podaję, zostaną sprawdzone?
Szkoła w dowolnym momencie w ciągu roku szkolnego może poprosić Państwa o udowodnienie spełniania kryteriów. Jeżeli zostaną Państwo wybrani do takiej weryfikacji, otrzymają Państwo pisemne powiadomienie. Władze szkoły mogą poprosić Państwa w chwili składania wniosku o wysłanie dokumentacji potwierdzającej, że Państwa dzieci powinny otrzymywać darmowe lub zniżkowe posiłki.
8. Jeżeli w tej chwili nie kwalifikuję się, czy mogę złożyć wniosek później?
Tak. Można złożyć wniosek w dowolnym momencie w ciągu roku szkolnego w przypadku powiększenia się liczby osób mieszkających pod jednym dachem, spadku dochodu, zakwalifikowania się do Food Stamps, TANF lub innych świadczeń. Państwa dzieciom mogą przysługiwać darmowe lub zniżkowe posiłki, jeśli tracą Państwo pracę.
9. Co mam zrobić, jeśli nie zgadzam się z decyzją szkoły w sprawie mego wniosku?
Proszę porozmawiać z dyrekcją szkoły. Można również zwrócić się o formalne przesłuchanie, pisząc lub dzwoniąc do: Chief Executive, Office of School Support Services, 44-36 Vernon Blvd., Long Island City, New York 11101, (718) 707-4300.
10. Czy mogę składać wniosek jeśli ktoś w moim domu nie jest obywatelem USA?
Tak. Ani Państwo, ani dzieci, nie muszą być obywatelami USA, aby kwalifikować się do bezpłatnych lub zniżkowych posiłków.
11. Kogo należy wpisać na wniosku jako domowników?
W części 4 trzeba podać wszystkie osoby mieszkające pod wspólnym dachem, spokrewnione lub nie (np. dziadkowie, dalsza rodzina, przyjaciele). Trzeba podać siebie i wszystkie dzieci mieszkające z Państwem.
12. A jeżeli mój dochód nie zawsze jest taki sam?
Proszę wpisać sumę, którą Państwo zwykle dostają. Na przykład jeśli Państwo zwykle zarabiają \$1000 miesięcznie, ale w ostatnim miesiącu opuścili Państwo trochę pracy i dostali tylko \$900, trzeba wpisać \$1000 miesięcznie. Jeżeli zwykle pracują Państwo nadgodziny, należy je podać, ale nie wtedy, kiedy zdarzają się one tylko od czasu do czasu.

Okręg szkolny w każdej chwili w ciągu roku szkolnego może poprosić Państwa o udowodnienie informacji podanych na wniosku. Jeżeli nie przedstawia Państwo takich informacji, Państwa dziecko nie będzie mogło nadal otrzymywać bezpłatnych lub zniżkowych posiłków. Dyrekcja szkoły wykorzystuje informacje podane na wniosku do ustalenia, czy Państwa dziecko powinno otrzymywać posiłki darmowe lub zniżkowe. Dane dotyczące posiłków darmowych lub zniżkowych mogą zostać wykorzystane do ustalenia kwalifikacji do Title I i National Assessment of Educational Progress, mogą również zostać udostępnione innym jednostkom upoważnionym do uczestnictwa w Krajowym Programie Lunchu w Szkole.

Przepisy federalne wymagają, aby szkoły i instytucje podawały bezpłatne posiłki dzieciom, których stan zdrowia ogranicza dietę w taki sposób, że nie mogą w pełni uczestniczyć w programie posiłków bez pewnych zmian w oferowanej żywności lub ustalonym menu. Muszą Państwo zwrócić się do szkoły o specjalne posiłki i dostarczyć do szkoły zaświadczenie lekarskie w tej sprawie. Jeżeli uważają Państwo, że Państwa dziecko wymaga posiłków zastępczych w związku ze swoim stanem zdrowia, proszę skontaktować się z Chief Executive, Office of School Support Services, gdyż są pewne konkretne informacje, które musi zawierać takie zaświadczenie lekarskie.

Państwa dzieci mogą kwalifikować się do bezpłatnego lub zniżkowego ubezpieczenia medycznego w programie Child Health Plus. Child Health Plus pokrywa koszty opieki medycznej i dentystrycznej nad dziećmi; jest dostępne dla dzieci przed ukończeniem 19. roku życia, niezależnie od dochodu ich rodziny i statusu imigracyjnego - nawet jeśli są nielegalnie. Proszę wypełnić Część 6, a skontaktujemy się z Państwem, jeśli zakwalifikują się Państwo do tego świadczenia.

Proszę zwrócić się do dyrektora szkoły Państwa dziecka, jeśli będą mieć Państwo pytania lub potrzebować pomocy przy wypełnianiu wniosku.

Z poważaniem,

Joel I. Klein
Kanclerz

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.

F R D

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 *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 M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> BK <input type="checkbox"/> SI
08/27/95	THOMAS T BRANCH M 05	FOOD STAMP Case # <input type="text"/>
11/05/95	AMY I LEAF F 05	TANF/FDPIR Case # <input type="text"/>

Indicate Borough M X O BK SI

FOOD STAMP Case #

TANF/FDPIR 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): ALL JOBS How Often?	Child Support/Alimony Payments How Often?	Pay from Pensions, 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	\$ /	\$ /	\$ 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

WSKAZÓWKI W SPRAWIE WYPEŁNIANIA TEGO WNIOSKU-

Proszę pisać wyraźnie, drukowanymi literami, czarnym długopisem i wypełnić jeden wniosek na wszystkie dzieci w domu chodzące do tej samej szkoły i osobny wniosek na każde dziecko przybrane.

CZEŚĆ 1: FOSTER CHILD (DZIECKO PRZYBRANE): Za dziecko przybrane odpowiada prawnie agencja socjalna lub sąd, więc takie dziecko może otrzymywać posiłki niezależnie od dochodu Państwa domu. Proszę wypełnić tylko CZEŚCI 1, 2 i 5.

INCOME: Wpisać dochód do własnej dyspozycji dziecka. Wpisać "0" jeżeli dziecko nie ma dochodu do własnej dyspozycji. Dochód do własnej dyspozycji to (a) pieniądze pochodzące z Social Services, określone jako "do własnej dyspozycji dziecka", np. na ubrania, czesne i kieszonkowe; i (b) wszystkie inne pieniądze, które dostaje dziecko, np. od rodziny oraz z pracy dziecka na cały/ część etatu. Wpisać, jak często dziecko dostaje te pieniądze, stosując symbol: (W) = co tydzień, (E) = co dwa tygodnie, (M) = co miesiąc (T) = 2 x w miesiącu (Y) = co rok. **SIGNATURE (PODPIS):** W przypadku dziecka przybranego jedynym wymaganiem jest podpisanie wniosku przez osobę dorosłą z jego domu w CZEŚCI 5. Nie jest wymagane podawanie numeru Social Security.

CZEŚĆ 2: LIST ALL CHILDREN IN HOUSEHOLD ATTENDING SAME SCHOOL (WPISAĆ WSZYSTKIE DZIECI Z DOMU CHODZĄCE DO TEJ SAMEJ SZKOŁY) Wpisać w odpowiednie pola datę urodzenia, imię, pierwszą literę drugiego imienia, nazwisko, płeć i klasę każdego dziecka. Jeżeli znają Państwo 9-cyfrowy szkolny nr identyfikacyjny dziecka, proszę wpisać go w pole OSIS number. Wpisać nazwę i / lub numer szkoły, do której dzieci chodzą i podać borough, w którym mieści się szkoła. Proszę przejść do CZEŚCI 3. Jeśli to dziecko przybrane, przejść do CZEŚCI 5.

CZEŚĆ 3: HOUSEHOLDS RECEIVING FOOD STAMPS OR TEMPORARY ASSISTANCE TO NEEDY FAMILIES (TANF) DOMY OTRZYMUJĄCE FOOD STAMPS LUB TYMCZASOWA POMOC DLA POTRZEBUJĄCYCH RODZIN (TANF): Wpisać tę część i przejść do CZEŚCI 5 i podpisać wniosek ALBO złożyć Direct Certification Letter z Office of Temporary and Disability lub Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Trzeba wypełnić osobne wnioski dla dzieci z różnymi numerami sprawy (case number) lub bez tego numeru.

- CASE NUMBER (NUMER PRZYPADKU):** Wpisać numer sprawy programu Food Stamp lub TANF/ FDPIR, zgodnie z pismem o przyznaniu świadczeń, nie wpisywać otrzymywanego dochodu.
- SIGNATURE (PODPIS):** Dorosły musi podpisać wniosek w CZEŚCI 5.

CZEŚĆ 4: ALL OTHER HOUSEHOLDS (WSZYSTKIE INNE DOMY): Jeżeli nie wypełnili Państwo części dot. przybranego dziecka, nie podali nr z programu Food Stamp lub TANF/FDPIR i nie złożyli Direct Certification Letter, muszą Państwo wypełnić CZEŚCI 2, 4 i 5.

- HOUSEHOLD NAMES (NAZWISKA I IMIONA DOMOWNIKÓW):** Wpisać imiona i nazwiska wszystkich osób we wspólnym gospodarstwie, niezależnie od tego, czy otrzymują dochód. Uwzględnić siebie, wszystkie dzieci nie podane w CZEŚCI 2, swojego współmieszkańca, dziadków i inne osoby z domu, spokrewnione i nie spokrewnione. Jeżeli potrzeba więcej miejsca, proszę dołączyć dodatkowy arkusz.
- CURRENT INCOME (AKTUALNY DOCHÓD):** Wpisać wysokość dochodów każdego domownika przed podatkami i innymi potrąceniami w polach obok ich imion i nazwisk i wskazać pochodzenie dochodu - np. oszczędności, emerytura i inne. Wpisać, jak często dana osoba dostaje te pieniądze, stosując symbole: (W) = co tydzień, (E) = co dwa tygodnie, (M) = co miesiąc (T) = 2 x w miesiącu (Y) = co rok.
- INCOME EXCLUSIONS (DOCHÓD NIE BRANY POD UWAGĘ):** W tym programie wartość zapewnianej lub zorganizowanej opieki nad dziećmi, kwoty uzyskane na taką opiekę nad dziećmi oraz zwroty kosztów takiej opieki z Child Care Development (Block Grant) Fund nie są uważane za dochód. Na drugiej stronie wniosku zamieszczona jest tabelka zawierająca wysokość dochodu uprawniająca do zniżkowych posiłków.

CZEŚĆ 5: SIGNATURE & SOCIAL SECURITY NUMBER (PODPIS I NR SOCIAL SECURITY):

- SIGNATURE (PODPIS):** Wniosek nie może zostać zatwierdzony bez podpisu dorosłego domownika.
- SOCIAL SECURITY NUMBER:** Osoby, które wypełniły CZEŚĆ 4 muszą podać numer security number dorosłego podpisującego ten wniosek w CZEŚCI 5. Osoby nie posiadające numeru social security wpisują tutaj słowo "NONE".

CZEŚĆ 6: HEALTH INSURANCE (UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE): Państwa dzieci mogą kwalifikować się do bezpłatnego lub zniżkowego ubezpieczenia medycznego. Proszę wypełnić tę część, aby zapisać swoje dziecko do tego programu lub uzyskać więcej informacji. Wymagane jest podanie Państwa imienia i nazwiska i najlepszej pory do kontaktowania się. NIE USUWAĆ TEJ CZĘŚCI.

INFORMACJE DOTYCZĄCE USTAWY O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Paragraf 9 Ustawy o Ogólnokrajowym Programie Lunchu w Szkole wymaga, od wszystkich osób za wyjątkiem dzieci przybranych, podania albo numeru programu food stamps lub TANF/FDPIR, albo Social Security dorosłego domownika podpisującego wniosek, albo też zaznaczenia, że domownik ten nie posiada numeru Social Security. Jeżeli numer Social Security nie jest podany i nie jest wpisane słowo "NONE", wniosek nie będzie mógł być rozpatrzony. Numer Social Security może być wykorzystany do zidentyfikowania domowników podczas wykonywania czynności sprawdzających prawidłowość podanych informacji na wniosku. Taka kontrola może mieć formę przeglądu programu, audytów i śledztw, które mogą obejmować kontakt ze stanowym biurem zatrudnienia w celu ustalenia sumy wypłaconych świadczeń i sprawdzanie dokumentacji przedstawionej przez domowników dla udowodnienia wysokości dochodów. Skutkiem kontroli może być utrata bądź zmniejszenie świadczeń, roszczenia administracyjne lub pozw sądowy w przypadku zgłoszenia niewłaściwych danych.