

Wydział Edukacji Miasta Nowy Jork

Wniosek o darmowe lub po obniżonych cenach posiłki/mleko na rok 2008-2009

F R D

Proszę pisać wyraźnie, drukowanymi literami, czarnym długopisem i wypełnić jeden wniosek na wszystkie dzieci chodzące do tej samej szkoły. Proszę zwrócić wniosek do szkoły dziecka.

Nie kwalifikują się na posiłki darmowe lub po obniżonych cenach. Proszę wypełnić Część 2 oraz informacje o szkole. Podpisać wniosek, wpisać datę i zwrócić go do szkoły.

RODZINY Z PRZYBRANYM DZIECKIEM: Muszą Państwo wypełnić oddzielny wniosek dla każdego przybranego dziecka. Proszę zaznaczyć we właściwym miejscu, że ten wniosek jest dla przybranego dziecka.

Proszę wpisać dochód miesięczny do własnej dyspozycji dziecka. Wpisać "0", jeżeli dziecko nie ma dochodu do własnej dyspozycji.

\$.

POROZĘ WPISAĆ TYLKO DZIECI CHODZĄCE DO TEJ SZKOŁY

#	* Data urodzenia	Wpisać oficjalne imiona i nazwiska uczniów chodzących do tej szkoły (* Informacje nieobowiązkowe)			*Płeć	*Klasa	*Nr OSIS (Numer identyfikacyjny szkoły)
	MM DD RR	Imię	Inicjał drugiego im.	Nazwisko			
1.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wpisać informacje o szkole

Nazwa szkoły

Numer szkoły

Zaznaczyć Borough przez X

M BX Q BK SI

3 Wpisać numer sprawy programu kartek żywnościowych (Food Stamp) lub TANF/ FDIPIR, zgodnie z pismem o przyznaniu świadczeń. Trzeba wypełnić osobne wnioski dla dzieci z różnymi numerami sprawy (case number) lub bez tego numeru.

Nr sprawy FOOD STAMP
(Zob. instrukcje)

Nr sprawy TANF/FDIPIR

4 WPISAĆ IMIONA I NAZWISKA WSZYSTKICH OSÓB MIESZKAJĄCYCH W DOMU
PROSZĘ NIE WPISYWAĆ DZIECI W CZĘŚCI 2

Proszę wpisać obecne zarobki oraz częstotliwość otrzymywania wypłat

Aktualny dochód to Państwa obecny dochód przed podatkiem i innymi potrąceniami. Jeżeli nie jest zaznaczony okres wypłaty, osoba rozpatrująca wniosek potraktuje zgłoszony dochód jako TYGODNIOWY. Proszę skorzystać z Liter dla określenia, jak często otrzymują Państwo wypłatę: W- co tydzień; E = co 2 tygodnie; M = co miesiąc; T = dwa razy w miesiącu; Y = rocznie.

#	Dochód brutto z pracy (przed potrąceniami): WSZYSTKIE PRACE		Dochody z alimentów/ Płatności alimentacyjne		Płatności z emerytury, renty/ Social Security		Wszelkie inne dochody	
	Jak często?	Jak często?	Jak często?	Jak często?	Jak często?	Jak często?		
1.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		
2.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		
3.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		
4.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		
5.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		
6.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		
7.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		

ŁĄCZNA LICZBA DOMOWNIKÓW. Dodać imiona z części 2 i 4 (wpisać 1 jeśli dziecko przybrane) →

Podpis dorosłego domownika wypełniającego ten formularz.

Oświadczam, że podane dane są prawdziwe i poprawne i że zgłosiłem(am) cały dochód. Zdaję sobie sprawę, że podając te informacje szkole, aby korzystać z funduszy federalnych, że władze szkoły mogą sprawdzić informacje z wniosku i że świadome podanie nieprawdziwych informacji może być ścigane zgodnie ze stosownymi przepisami prawa stanowego i federalnego, oraz że moje dzieci mogą utracić możliwość korzystania z posiłków.

5

Nazwisko dorosłego domownika wypełniającego ten formularz.

7

Nazwisko dorosłego domownika wypełniającego ten formularz drukowanymi literami.

Dzisiejsza data Nr Social Security dorosłego domownika

MM DD RR - -

Jeżeli nie mają Państwo numeru Social Security, należy wpisać słowo „NONE” →

Najlepsza pora do zadzwonienia

8-11
 11-14
 14-17
 17-20

_____, NY _____
 Adres Numer mieszkania Miasto Kod pocztowy

 Telefon domowy _____

 Telefon w ciągu dnia _____

 Komórka _____