

## КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СЕМЬИ НА БЕСПЛАТНОЕ ПИТАНИЕ ИЛИ ПИТАНИЕ ПО СНИЖЕННОЙ ЦЕНЕ НА 2018-2019 УЧЕБНЫЙ ГОД

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

- Если Вы получили УВЕДОМЛЕНИЕ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ – БЕСПЛАТНОЕ ПИТАНИЕ от школьного округа, **не** заполняйте это заявление.
- См. «Инструкции по заполнению» на обороте формы.

**1 СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ**

Фамилия и имя человека, заполняющего это заявление (**печатными буквами**)

Фамилия и имя печатными буквами

Почтовый адрес – кв. № \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс \_\_\_\_\_

Домашний или сотовый телефон (обведите один вариант) \_\_\_\_\_

Рабочий телефон \_\_\_\_\_

➔ Количество человек, проживающих в данной семье \_\_\_\_\_  
(Укажите имена и фамилии **всех** жильцов в частях 2 и/или 4 этой формы)

**2 СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАЩИХСЯ**

Фамилия и имя ребенка

Школа

Класс  
(Факультативный)

Дата рождения  
(Факультативный)

Поставьте галочку,  
если ребенок приемный

1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 ПОСОБИЯ**

Если кто-либо в семье получает пособие по программам SNAP или TANF, укажите имя, фамилию и номер дела лица, получающего пособие

Имя, фамилия \_\_\_\_\_

- SNAP  
 TANF

Номер дела \_\_\_\_\_

Перейти к части 5 ниже

Участвует ли данная семья в Программе распределения пищи в индейских резервациях (Food Distribution on Indian Reservations, FDIPIR)

**Да** (Перейдите к части 5 и заполните ее)

**4 ЧЛЕНЫ СЕМЬИ И ВАЛОВОЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД –**

если доход не является ежемесячным, см. методику перерасчета на обороте

Колонка 1	Колонка 2	Колонка 3	Колонка 4	Колонка 5	Колонка 6
Перечислите <b>всех</b> членов семьи, включая детей, которые не ходят в школу, и их доход. Не включайте в список учащихся, указанных в части 2, если только они не получают регулярный доход. (Фамилия и имя)	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД (Общая сумма оклада и сдельного заработка до вычетов)	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА, МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ И АЛИМЕНТЫ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ПЕНСИИ, СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ПОСОБИЕ ПО СТАРОСТИ	ДРУГИЕ ВИДЫ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ДОХОДА – включая пособие по безработице и компенсационные выплаты работникам	Верной если нулевой ДОХОД
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 ПОДПИСЬ, ДАТА И последние четыре цифры НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (Взрослые должны подписать)**

Я удостоверяю (заверяю), что вся информация, содержащаяся в данном заявлении, является истинной (верной) и что был указан весь получаемый доход. Я понимаю, что школа получит федеральные средства на основании предоставленной мной информации. Я понимаю, что администрация школы может проверить информацию. Я понимаю, что если я предоставлю заведомо ложную информацию, мой ребенок может потерять льготы по питанию, а меня могут преследовать по закону.

Подпись взрослого члена семьи \_\_\_\_\_

Дата подписания \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения\* (См. «Положение о конфиденциальности» на обороте)

У меня нет номера социального обеспечения.

X \_\_\_\_\_

Месяц/день/год \_\_\_\_\_

X X X - X X - \_\_\_\_\_

**6 РАСОВАЯ ИЛИ ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)**

Укажите Вашу этническую принадлежность:

- Испано- или латиноамериканец  
 Не испано- и не латиноамериканец

Укажите Вашу принадлежность к одной

- Азиат  
 Американский индеец или коренной житель Аляски  
 Чернокожий или афроамериканец

или более расам:

- Белый, не испано- и не латиноамериканец  
 Коренной житель Гавайских островов или других островов Тихого океана  
 Другое

**7** Я не хочу, чтобы моя информация передавалась сотрудникам Программы детского медицинского страхования штата (State children's health Insurance program, SCHIP) Распишитесь здесь: \_\_\_\_\_

У меня есть ребенок (или детей), которые не имеют какой-либо медицинское страхование – частное медицинское страхование ни Орегон здоровье здоровых план детей. Я заинтересован в бесплатно или сокращение расходов на медицинское страхование для по крайней мере один из моих детей.  Да  нет

### ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКОЛОЙ – НЕ ПИШИТЕ НИЧЕГО ПОД ЭТОЙ ЛИНИЕЙ

Total Income: \_\_\_\_\_ Number in household: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

**Free based on:**  
 SNAP/TANF/FDIPIR  
 foster child categorical  
 household income

**Reduced based on:**  
 household income

**Denied – Reason:**  
 income too high  
 incomplete application

Determining Official's Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Инструкции по заполнению

- Если Ваша семья получает льготы по программе **SNAP, TANF** или **FDPIR**, заполните части 1,2, 3 и 5; заполнять части 6 и 7 не обязательно.
- Если Вы не получаете эти льготы и Ваш **доход** ниже норм, заполните части 1, 2, 4 и 5; заполнять части 6 и 7 не обязательно.
- Если Ваша семья воспитывает **ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА**, заполните части 1, 2, 4 и 5; заполнять часть 6 и 7 не обязательно. Любые поля доходов оставленные пустыми, будут учитываться как нули. Пожалуйста, обратите внимание на то что вы имели в виду, оставляя поля дохода пустыми.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ДОХОДА ДЛЯ ОКЛАДА И СДЕЛЬНОГО ЗАРАБОТКА

**Ежемесячный доход** всех членов семьи должен быть указан в Части 4 данного заявления. Доход – это любые деньги, регулярно получаемые за работу, на содержание ребенка, а также алименты, пенсии, пособия по старости, социальное обеспечение и деньги, получаемые из любого другого источника. Исключите ссуды на обучение.

Члены семьи, которые получают доход не ежемесячно, должны произвести перерасчет своего дохода в ежемесячный следующим образом:

**Члены семьи, которые получают доход каждую неделю:** Умножьте общую сумму оклада и сдельного заработка за один платежный период, до вычетов, на 52. Затем разделите на 12. Получившееся значение – это общий ежемесячный доход.

**Члены семьи, которые получают доход раз в две недели:** Умножьте общую сумму оклада и сдельного заработка за один платежный период, до вычетов, на 26. Затем разделите на 12. Получившееся значение – это общий ежемесячный доход.

**Члены семьи, которые получают доход дважды в месяц:** Умножьте общую сумму оклада и сдельного заработка за один платежный период, до вычетов, на 24. Затем разделите на 12. Получившееся значение – это общий ежемесячный доход.

**Члены семьи, которые являются сезонными работниками или работают менее 12 месяцев:** Вычислите годовой размер дохода, чтобы он точно отражал действительные обстоятельства, а затем разделите на 12. Полученная сумма будет отражать ежемесячный доход.

Примечание: Деньги, полученные Вами от Вашего предприятия или фермы, должны указываться как «чистая прибыль». *Чистая прибыль определяется как общий доход, остающийся после вычета операционных расходов из валового дохода предприятия или фермы.*

### ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ДОХОД РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Ваш ребенок может иметь право как минимум на питание по сниженным ценам, если доход Вашей семьи находится в пределах сумм, указанных в данной таблице.

Размер семьи	Питание по сниженным ценам				
	Годовой	Еже месячный	Дважды в месяц	Раз в две недели	Каждую неделю
-1-	22,459	1,872	936	864	432
-2-	30,451	2,538	1,269	1,172	586
-3-	38,443	3,204	1,602	1,479	740
-4-	46,435	3,870	1,935	1,786	893
-5-	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
-6-	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
-7-	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
-8-	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
Для каждого дополнительного члена семьи добавьте	7,992	666	333	308	154

### ПОЛОЖЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ – НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ и ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Согласно национальному закону Ричарда Б. Рассела «О школьных обедах», в настоящем заявлении должна быть предоставлена информация. Вы не обязаны предоставлять информацию, однако если вы ее не предоставите, то мы не сможем утвердить для вашего ребенка бесплатное питание или питание по сниженной цене. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, который подпишет заявление. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаете заявление от имени приемного ребенка, если указываете номер дела в программе Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program или Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) или другой идентификатор FDPIR для своего ребенка, или если указываете, что взрослый член семьи, который подписывает заявление, не имеет номера социального страхования. Мы будем использовать вашу информацию для установления прав ребенка на бесплатное питание или питание по сниженной цене. Мы также будем использовать данные для управления программами обедов и завтраков и их реализации. Мы МОЖЕМ передавать вашу информацию о соответствии требованиям программам обучения, охраны здоровья и питания, чтобы помочь им оценивать, финансировать или определять льготы в рамках своих программ, кроме того, можем передавать информацию аудиторам для пересмотра программ, а также сотрудникам правоохранительных органов для расследования нарушений правил программ. Передача информации, содержащейся в данном заявлении, в программу Medicaid или в Программу медицинского страхования детей штата (State Children's Health Insurance Program, SCHIP) будет использоваться для выявления соответствующих критериям детей и их приглашения к участию в этих программах.

### Заявление недискриминация

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и на основании устава и политики Департамента сельского хозяйства США в области гражданских прав, ДСХ США, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также всем организациям, участвующим или осуществляющим руководство программами по линии ДСХ США, запрещается проводить дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возраста или в качестве ответной меры, или наказания за предыдущую деятельность в области гражданских прав, во всех программах или родах деятельности, проводимых или финансируемых ДСХ США.

Люди с особыми потребностями, нуждающиеся в альтернативных средствах коммуникации для получения информации по программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов, и тому подобное), должны обратиться в Агентство (на уровне штата или местное), где они подавали заявление на получение пособий. Люди, страдающие полной потерей слуха или слабослышащие, или имеющие нарушения речи могут обратиться в ДСХ США через Федеральную ретрансляционную службу (Federal Relay Service) по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информацию о программе можно сделать доступной и на других языках.

Для подачи жалобы на дискриминацию в рамках программы, необходимо заполнить форму AD-3027 под названием [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), которую можно найти по электронному адресу: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) или получить в любом офисе ДСХ США, а также можно направить письмо в ДСХ США, в котором следует предоставить всю необходимую информацию согласно требуемой форме. Чтобы запросить копию формы для подачи жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Предоставить заполненную форму или написать письмо в ДСХ США можно по следующим адресам:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW,  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) по факсу: (202) 690-7442; или
- (3) по электронному адресу: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Это ведомство предоставляет всем равные возможности.