

2023-2024 Заявление на бесплатное и льготное школьное питание в штате Вермонт

Заполняется одно заявление на семью. Пожалуйста, заполняйте ручкой (не карандашом).

**ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ ОНЛАЙН:
ОБРАТНЫЙ АДРЕС (название школы/округа):
АДРЕС**

ШАГ 1 Перечислите ВСЕХ детей, младенцев и учащихся до 12 класса включительно. Приложите дополнительный лист бумаги, если все имена не уместятся на одном.

Перечислите ВСЕХ детей в семье. Не забудьте перечислить младенцев, детей, посещающих другие школы, детей, не посещающих школу, и детей, не претендующих на получение пособий. Включите также детей, не имеющих с вами родственных связей, но проживающих совместно с вами.

Имя ребенка	Второе имя	Фамилия ребенка	Класс	Название школы (если применимо)	Приемный ребенок	Мигрант	Беглец	Бездомный
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Отметьте все подходящие позиции

Если вы поставили отметку в каком-либо из этих полей, пожалуйста обратитесь к разделу Указания по заполнению Шаг 1: часть С и часть D.

ШАГ 2 Участвуют ли члены семьи (включая вас) в программах: 3SquaresVT или Reach Up?

НЕТ → Перейти к ШАГУ 3. **ДА** → Напишите здесь номер дела и перейдите к ШАГУ 4.

Номер дела (НЕ номер карты EBT):

_____ - _____ - _____

ШАГ 3 Перечислите ВСЕХ членов семьи и доход каждого члена семьи (до налогов и вычетов)

A. Все взрослые члены семьи (все, кто проживает совместно с вами и разделяет доходы и расходы, даже не имеющие с вами родственных связей, в том числе и вы сами). Приложите дополнительный лист бумаги, если все имена не уместятся на одном. Перечислите всех взрослых членов семьи, не перечисленных на ШАГЕ 1 (включая вас), даже если они не получают дохода. Укажите общий валовой доход (до налогов и вычетов) на каждого перечисленного члена семьи, получающего доход, по каждому источнику дохода. Доход указывается в долларах (без центов). Если они не получают доход ни из какого источника, укажите «0». Поставив в каком-либо поле 0, вы подтверждаете (заверяете)

Имя совершеннолетнего члена семьи (имя и фамилия)	Доходы от работы	Как часто получаете?					Государственное денежное пособие, Выплаты на ребенка, Алименты	Как часто получаете?				Все остальное Доход*	Как часто получаете?			
		В неделю	Каждые 2 недели	2 раза в месяц	В месяц	В год		В неделю	Каждые 2 недели	2 раза в месяц	В месяц		В неделю	Каждые 2 недели	2 раза в месяц	В месяц
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Общее количество членов семьи (домохозяйства) (дети и взрослые)

Последние четыре цифры номера социального страхования основного кормильца или другого взрослого члена семьи (если применимо)

Отметить поле, если нет номера социального страхования

* Все остальные доходы, включая субсидии, пенсии, социальные пособия, пособия SSI или VA

B. Доход ребенка
Иногда дети в семье зарабатывают или получают доход. Включите сюда ОБЩИЙ доход (до вычета налогов и вычетов), полученный ВСЕМИ детьми, перечисленными на ШАГЕ 1.

Доход ребенка	Как часто получаете?				
	Еженедельно	Каждые 2 недели	2 раза в месяц	Ежемесячно	Ежегодно
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

На обратной стороне заявления приведен перечень источников дохода.

ШАГ 4 Контактная информация и подпись взрослого.

«Я подтверждаю (заверяю), что вся информация в этом заявлении верна и все доходы указаны. Я понимаю, что данная мной информация необходима для выделения федеральных средств и что должностные лица школы имеют право ее проверить (подтвердить). Я осознаю, что подача заведомо ложной информации может привести к лишению моих детей пособий на питание, а меня лично могут привлечь к ответственности в соответствии с применимыми государственными законами и законами штата».

_____ Полное имя взрослого, подписавшего форму

_____ Подпись взрослого

_____ Сегодняшняя дата

_____ Почтовый адрес (при наличии) _____ Город _____ Штат _____ Почтовый индекс

_____ Телефон (необязательно) _____ Электронная почта (необязательно)

ИСТОЧНИКИ И ПРИМЕРЫ ДОХОДОВ Для получения дополнительной информации о доходах обратитесь к указаниям, прилагаемым к этому заявлению.

Источники дохода		
Доходы от работы	Государственные денежные выплаты/алименты/пособие на ребенка	Субсидии/пенсионное обеспечение/все прочие доходы
<ul style="list-style-type: none"> Заработная плата, вознаграждение, денежные премии, чаевые, комиссионные Чистый доход от самозанятости (фермерское хозяйство или бизнес) <p>Если вы являетесь военнослужащим вооруженных сил США:</p> <ul style="list-style-type: none"> Базовый оклад и денежные премии (НЕ включая боевые выплаты, выплаты FSSA или субсидии на приватизированное жилье) Субсидии на размещение семейных военнослужащих вне базы, питание и одежду 	<ul style="list-style-type: none"> Пособие по безработице Компенсация работникам Дополнительный гарантированный доход (SSI) Денежная помощь от государства или местных властей Выплаты алиментов Выплаты пособий на ребёнка Пособия ветеранам Пособия бастующим 	<ul style="list-style-type: none"> Социальное обеспечение/инвалидность (например, пенсионное обеспечение работников железнодорожного транспорта и пособия для больных пневмокониозом) Частное пенсионное обеспечение или пособия по нетрудоспособности Доход от фондов или недвижимости Ренты Инвестиционный доход Процентный доход Доход от сдачи имущества в аренду Регулярные денежные выплаты из внесемейных источников

Примеры дохода детей
<ul style="list-style-type: none"> Ребенок имеет постоянную работу с полной или частичной занятостью за определенную заработную плату или вознаграждение. Ребенок получает социальные пособия на основании слепоты или инвалидности. Ребенок получает социальные пособия в связи с нетрудоспособностью, выходом на пенсию или смертью одного родителя. Ребенок регулярно получает деньги на личные расходы от друга или дальнего родственника. Ребенок получает регулярный доход от частного пенсионного фонда, ренты или фонда социального страхования.

НЕОБЯЗАТЕЛЬНО Этническая и расовая принадлежность детей. Эта информация является конфиденциальной и может подпадать под защиту Закона о конфиденциальности 1974 года.

Мы обязаны запрашивать информацию о расовой и этнической принадлежности ваших детей. Эта информация важна для нас и может помочь нам в нашей работе. Заполнение данного раздела является обязательным и не повлияет на право ваших детей на бесплатное или льготное питание.

Этническая принадлежность (отметьте один пункт): латиноамериканец или испаноязычный (человек кубинской, мексиканской, пуэрториканской, южно- или центральноамериканской или другой латиноамериканской культуры или народности, независимо от расы) Не латиноамериканец и не испаноязычный

Раса (отметьте один или несколько пунктов): Американский индеец или коренной уроженец Аляски Азиат Чернокожий или афроамериканец Коренной житель Гавайских островов или других островов Тихого океана Белый

НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ Используется только в рамках школы.

Annual Income Conversion: Weekly × 52, Every 2 Weeks × 26, Twice a Month × 24, Monthly × 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income	Household size					Categorical Eligibility <input type="checkbox"/>	Eligibility		
<input type="text"/>	Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Per Year	<input type="text"/>	Free	Reduced	Denied
							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Determining Official's Signature _____ Date _____ Confirming Official's Signature _____ Date _____ Verifying Official's Signature _____ Date _____

НОРМАТИВНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ДОХОДА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ

Состав семьи	Ежегодно	Ежемесячно	Дважды в месяц	Каждые две недели	Еженедельно
1	26 973	2 248	1 124	1 038	519
2	36 482	3 041	1 521	1 404	702
3	45 991	3 833	1 917	1 769	885
4	55 500	4 625	2 313	2 135	1 068
5	65 009	5 418	2 709	2 501	1 251
6	74 518	6 210	3 105	2 867	1 434
7	84 027	7 003	3 502	3 232	1 616
8	93 536	7 795	3 898	3 598	1 799
На каждого дополнительного члена семьи добавить	9 509	793	397	366	183

На графике слева показаны нормативные значения для претендентов на льготные цены. Ваши дети могут иметь право на бесплатное или льготное питание, если доход вашей семьи падает до или ниже пределов, указанных в данной таблице.

Согласно Государственному закону Ричарда Б. Рассела о школьных обедах, информация из этого заявления будет использована для определения претендентов на бесплатное или льготное питание. Принимаются только полностью заполненные формы. Информация о вашем участии в программе может использоваться для передачи другим образовательным, медицинским и продовольственным программам, чтобы ваша семья могла претендовать на участие также и в этих программах. Ваша информация может использоваться инспекторами и правоохранительными органами в целях проверки соблюдения правил программы. Пожалуйста, не забудьте указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, который подписывает заявление. Если у взрослого его нет, отметьте галочкой поле «Отметить, если нет номера социального страхования». В заявлениях на приемного ребенка не нужно указывать номер социального страхования. Для детей из семей, участвующих в Программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP), Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF) или Программе распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR), номер социального страхования в заявлении не требуется. Некоторые дети имеют право на бесплатное питание без подачи заявления. Пожалуйста, обратитесь в вашу школу, чтобы получить бесплатное питание для приемного ребенка и детей, которые относятся к категории бездомных, мигрантов или беглецов.

Дополнительная информация: Для получения информации о бесплатном или недорогом медицинском страховании обращайтесь в страховое агентство Green Mount Care по телефону 1-800-8427 или на сайт www.GreenMountainCare.org. Для получения информации о программе продовольственной помощи 3SquaresVT звоните по телефону 1-800-479-6151.

Контактная информация, приведенная ниже, предназначена исключительно для подачи жалоб на дискриминацию: В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и законами США. Согласно положениям и политике Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав, данному учреждению запрещаются дискриминационные действия по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), нетрудоспособности, возрасту, а также меры репрессивного характера и преследования за предшествующую деятельность в области гражданских прав. Информация о программе может быть доступна на других языках, помимо английского. Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), необходимо связаться с ответственным государственным или местным агентством, осуществляющим руководство программой, или с Центром TARGET Министерства сельского хозяйства США по телефону (202) 720- 2600 (голос и телетайп), либо с Министерством сельского хозяйства США через Федеральную службу ретрансляции коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заявитель должен заполнить форму AD-3027 – форму жалобы на дискриминацию в рамках программы Министерства сельского хозяйства США, получить которую можно в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, в любом офисе USDA, по телефону (866) 632-9992 или написав письмо на адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и достаточно подробное письменное описание предполагаемого дискриминационного действия, из которого помощник секретаря по гражданским правам (ASCR) может получить представление о характере и дате заявляемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо направлять в Министерство сельского хозяйства США: (1) почта: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; или (2) ФАКС: (833) 256-1665; или (3) Адрес эл. почты: program@intake@usda.gov

Данное учреждение предоставляет равные возможности.