

Заполните одну заявку на семью. Пожалуйста, используйте ручку (не карандаш).

ШАГ 1 Перечислите ВСЕХ членов семьи, являющихся младенцами, детьми и учащимися до 12 класса включительно (если для дополнительных имен требуется больше места, приложите еще один лист бумаги)

Определение понятия **член семьи**: «Кто-либо проживающий с вами и разделяющий доходы и расходы, даже если и не является родственником». Дети, находящиеся под опекой, и дети, подпадающие под определение **бездомных мигрантов** или **сбежавшие из дома** имеют право на бесплатное питание. Прочитайте раздел **Как подать заявку на бесплатное и льготное школьное питание** для получения дополнительной информации

Имя ребенка	СИ	Фамилия ребенка	Название школы	Класс	Учащийся?		Бездомный, Приемный Мигрант*, Ребенок или сбежавший из дома	
					Да	Нет	Проверить	
					<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"/>

* Участник программы обучения мигрантов

ШАГ 2 Участвует ли в настоящее время кто-либо из членов вашей семьи (включая вас) в какой-либо или каких-либо из следующих программ помощи: 3SquaresVT или Reach Up?

Если **НЕТ** > Завершите ШАГ 3. Если **ДА** > Напишите здесь номер дела, затем перейдите к ШАГУ 4. (Не завершайте ШАГ 3)

Номер дела:

ШАГ 3 Укажите доход ВСЕХ членов семьи (пропустите этот шаг, если вы ответили «Да» на ШАГ 2 и указали номер дела)

- A. Доход ребенка** Иногда дети вносят свой вклад в семейный доход. Пожалуйста, укажите **ОБЩИЙ** доход всех детей, указанных на ШАГЕ 1, если применимо. Дополнительную информацию см. на обороте.
- B. Все взрослые члены семьи (включая вас)** Перечислите всех членов семьи, не перечисленных на ШАГЕ 1 (включая вас), **даже если у них нет дохода**. Для каждого указанного в списке члена семьи, если он действительно получает доход, укажите общую сумму по источнику только в долларах. Если они не получают доход ни из какого источника, укажите «0». Если вы указываете «0» или оставляете какие-либо поля пустыми, вы подтверждаете (заверяете), что у вас нет подотчетного дохода.

Пожалуйста, прочтите дополнительную информацию в разделе «Как подать заявку на бесплатное и льготное школьное питание». Раздел «Источники дохода для детей» поможет вам ответить на вопрос «Детский доход». Раздел «Источники дохода для взрослых» поможет вам заполнить раздел «Все взрослые члены семьи».

Имя взрослых членов семьи (имя и фамилия)	Доходы от работы	Доход ребенка				Государственные денежные выплаты/пособие на ребенка/ Алименты	Субсидии/пенсионное обеспечение/все прочие доходы	Всего						
		В неделю	Раз в две недели	2x в месяц	В месяц			В неделю	Раз в две недели	2x в месяц	В месяц			
	\$	<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"/>
	\$	<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"/>

Общий состав семьи (дети и взрослые)

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

Отметьте в случае отсутствия номера социального страхования (SSN)

ШАГ 4 Контактная информация и подпись взрослого

«Я подтверждаю (заверяю), что вся информация в этой заявке верна и что все доходы указаны. Я понимаю, что данная информация предоставляется в связи с получением федеральных средств и что администрация школы может произвести верификацию (проверить) эту информацию. Я осознаю, что если я умышленно предоставляю ложную информацию, мои дети могут лишиться льгот на питание и я могу быть привлечен к ответственности в соответствии с применимыми законами штата и федеральными законами».

Подпись взрослого, заполняющего форму

Имя взрослого, заполняющего форму, печатными буквами

Дата

Номер мобильного телефона

Улица в названии адреса (если есть)

№ кв.

Город

Штат

Почтовый индекс

Электронная почта (необязательно)

Прочие пособия: Для получения информации о бесплатном или недорогом медицинском страховании обращайтесь в Green Mountain Care по телефону 1-800-250-8427 или посетите сайт www.GreenMountainCare.org. Чтобы получить информацию о том, какую помощь 3SquaresVT оказывает с расходами на питание, позвоните по телефону 1-800-479-6151 или посетите веб-сайт www.vermontfoodhelp.com.

Не заполнять Используется только для школы

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income

Household Size

Categorical Eligibility

Eligibility

Free	Reduced	Denied
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Determining Official's Signature Date

Confirming Official's Signature Date

Verifying Official's Signature Date

Источники дохода для детей	
Источники детского дохода	Пример(ы)
- Доходы от работы	- Ребенок имеет постоянную работу с полной или частичной занятостью, где он получает оклад или заработную плату
- Социальное обеспечение <ul style="list-style-type: none"> - Выплаты по нетрудоспособности - Пособия по случаю утраты кормильца 	- Ребенок слепой или инвалид, получает пособия по социальному обеспечению - Родитель нетрудоспособен, пенсионер либо умер, а ребенок получает пособия по социальному обеспечению
- Доход от лица, не входящего в состав семьи	- Друг или дальний родственник регулярно предоставляет ребенку деньги на расходы
- Доход из какого-либо другого источника	- Ребенок получает регулярный доход от частного пенсионного фонда, аннуитета или иного фонда

Источники дохода для взрослых		
Доходы от работы	Государственные денежные выплаты / алименты / пособие на ребенка	Субсидии / пенсионное обеспечение / все другие доходы
<ul style="list-style-type: none"> - Заработная плата, оклады, денежные премии - Чистый доход от самозанятости (фермерское хозяйство или бизнес) <p>Если вы относитесь к военной сфере США:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Базовый оклад и денежные премии (НЕ включают денежную надбавку за участие в боевых действиях, выплаты в рамках Федерального закона о социальном обеспечении или субсидии на приватизированное жилье) - Денежное пособие на размещение семейных военнослужащих в квартирах вне базы, питание и одежду 	<ul style="list-style-type: none"> Пособия по безработице Компенсация служащим, получившим травмы на работе - Дополнительный гарантированный доход (SSI) - Денежная помощь от государства или местного самоуправления Выплаты алиментов Выплаты на содержание ребенка Льготы для ветеранов Пособие для баствующих 	<ul style="list-style-type: none"> Социальное обеспечение (в том числе пенсионное обеспечение для работников железнодорожного транспорта и пособия для больных пневмококциозом) Частные пенсии или пособия по нетрудоспособности Регулярный доход от фондов или недвижимости Аннуитеты Инвестиционный доход Процентный доход Доход от сдачи имущества в аренду Регулярные денежные выплаты вне круга семьи

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ К ЗАПОЛНЕНИЮ

Расовая и этническая принадлежность детей

Мы вынуждены запрашивать информацию о расовой и этнической принадлежности ваших детей. Эта информация важна и необходима нашему сообществу.

Заполнение данного раздела не является обязательным и не влияет на право ваших детей на бесплатное или льготное питание.

Этническая принадлежность (укажите один вариант):

Испанец или латиноамериканец

Не испанец и не латиноамериканец

Раса (отметьте один или несколько вариантов):

Американский индеец или коренной житель Аляски

Азиат

Черный или афроамериканец

Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана

Белый

РЕКОМЕНДАЦИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОХОДА

Состав семьи	В год	В месяц	Дважды в месяц	Каждые две недели	В неделю
1	25 142,00	2 096,00	1 048,00	967,00	484,00
2	33 874,00	2 823,00	1 412,00	1 303,00	652,00
3	42 606,00	3 551,00	1 776,00	1 639,00	820,00
4	51 338,00	4 279,00	2 140,00	1 975,00	988,00
5	60 070,00	5 006,00	2 503,00	2 311,00	1 156,00
6	68 802,00	5 734,00	2 867,00	2 647,00	1 324,00
7	77 534,00	6 462,00	3 231,00	2 983,00	1 492,00
8	86 266,00	7 189,00	3 595,00	3 318,00	1 659,00
На каждого дополнительного члена семьи добавить	8 732,00	728,00	364,00	336,00	168,00

На графике слева представлены рекомендации по льготным ценам. Ваши дети могут иметь право на бесплатное или льготное питание, если доход вашей семьи падает до или ниже пределов, указанных в данной таблице.

Закон Ричарда Б. Рассела «О национальных школьных обедах» требует от заявителя предоставления необходимой информации. Вы не обязаны предоставлять информацию, но если вы этого не сделаете, то мы не сможем одобрить бесплатное или льготное питание для вашего ребенка. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, подписавшего заявку. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаете заявку от имени приемного ребенка или отмечаете участие в Программе помощи нуждающимся учащимся (3SquaresVT), Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (Reach Up) или номер дела по Программе распределения продуктов питания в индейских резервациях (FDPIR) либо другой идентификатор FDPIR вашего ребенка, или если вы указываете, что подписывающий заявку взрослый член семьи не имеет номера социального страхования. Ваша информация будет использоваться для определения права вашего ребенка на бесплатное или льготное питание, а также для администрирования и соблюдения требований программ обедов и завтраков. Мы МОЖЕМ передать указанную вами информацию для использования в программах образования, здравоохранения и питания, где она используется для оценки, финансирования и определения льгот в рамках программ; передавать аудиторам для проверки работы программ и сотрудникам правоохранительных органов, ведущих расследование нарушений правил программ.

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 запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), нетрудоспособности, возрасту, а также меры регрессивного 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, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), необходимо связаться с ответственным государственным или местным агентством, которое управляет 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 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, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, в любом офисе Министерства сельского хозяйства США, позвонив по телефону (866) 632-9992 или написав письмо на адрес Министерства сельского хозяйства США. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание заявляемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате заявляемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму или письмо AD-3027 необходимо отправить 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 (202) 690-7442; или (3) эл.почта: program.intake@usda.gov

Данное учреждение предоставляет равные возможности.