

Заповніть одну заяву на родину. Використовуйте ручку (не олівець).

КРОК 1 Перелічіть ВСІХ членів родини, які є малолітніми дітьми, неповнолітніми й школярами до 12 класу включно (якщо потрібно більше місця, щоб указати всіх, прикріпіть ще один аркуш)

Визначення члена родини: «Будь-хто, хто живе з вами, має спільні з вами доходи й витрати, навіть якщо ви не пов'язані між собою кривими зв'язками». Діти, які проживають у прийомних сім'ях, і діти, яких можна визнати бездомними, мігрантами або втікачами, мають право на безкоштовне харчування. Ознайомтеся з розділом «Як подати заяву на безкоштовне або пільгове шкільне харчування», щоб дізнатися більше.

Ім'я дитини	Друге ім'я	Прізвище дитини	Назва школи	Клас	Школяр?		Бездомні, Прийомна дитина Мігрант*, Дитина або втікач		
					Так	Ні	Позначте все		
						<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"/>

* Учасник освітньої програми для мігрантів

КРОК 2 Чи хтось із членів родини (включно з вами) зараз бере участь у одній або кількох з наведених нижче програм підтримки: 3SquaresVT або Reach Up?

Якщо НІ > Переходьте до КРОКУ 3. Якщо ТАК > Впишіть тут номер справи, а потім перейдіть до КРОКУ 4 (Пропустіть КРОК 3)

Номер справи:

КРОК 3 Внесіть дані про доходи ВСІХ членів родини (пропустіть цей крок, якщо ви відповіли «Так» на КРОЦІ 2 й вказали номер справи)

- A. **Дитячий дохід** Іноді діти заробляють власні гроші. Вкажіть тут ЗАГАЛЬНУ суму доходу, отриману всіма дітьми, переліченими на КРОЦІ 1, за наявності. Поверніться назад для отримання додаткової інформації.
- B. **Усі повнолітні члени родини (включно з вами).** Перелічіть усіх членів родини, яких немає в списку на КРОЦІ 1 (включно з вами), навіть якщо вони не отримують доходу. Для кожного згаданого члена родини, який отримує дохід, повідомте його загальну суму в доларах без центів. За відсутності певного виду доходу, пишіть «0» у відповідному полі. Коли ви пишете «0» у певному полі або залишаєте його порожнім, ви підтверджуєте (гарантуєте), що доходу цього типу ви не отримуєте.

Дитячий дохід

Щотижневий	Кожні два тижні	Двічі на місяць	Щомісячний
\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

Ознайомтеся з розділом «Як подати заяву на безкоштовне або пільгове шкільне харчування», щоб дізнатися більше. Розділ «Джерела доходу дітей» допоможе вам з питанням «Дитячий дохід». Розділ «Джерела доходу дорослих» допоможе вам з розділом «Усі дорослі члени родини».

Назвіть дорослих членів родини (ім'я та прізвище)	Заробіток від роботи	Дитячий дохід				Державна допомога/Аліменти на дітей/ Утримання	Дитячий дохід				Субсидія/Пенсія/Усі інші доходи	Дитячий дохід			
		Щотижневий	Кожні два тижні	Двічі на місяць	Щомісячний		Щотижневий	Кожні два тижні	Двічі на місяць	Щомісячний		Щотижневий	Кожні два тижні	Двічі на місяць	Щомісячний
	\$	<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"/>

Загальна кількість членів родини (Діти й дорослі)

Останні чотири цифри номера соціального страхування (SSN) основного годувальника родини або іншого дорослого члена родини

Позначте, якщо у вас немає SSN

КРОК 4 Контактна інформація та підпис дорослого

«Я підтверджую (гарантую), що вся інформація в цій заяві є правдивою, і всі наші доходи зазначені. Я розумію, що ця інформація надано у зв'язку з виділенням федеральних коштів, і що посадові особи школи можуть верифікувати (перевірити) ці дані. Я усвідомлюю, що, якщо я свідомо повідомлю неправдиву інформацію, мої діти можуть втратити пільги на харчування, а мене можуть притягнути до передбаченої чинним місцевим і федеральним законодавством відповідальності».

Підпис дорослого, який заповнює заяву Ім'я та прізвище дорослого, який заповнює заяву, друкованими літерами Сьогоднішня дата Номер мобільного телефону

Вулиця (якщо можливо) Кв. Місто Штат Індекс Ел. пошта (необов'язково)

Інші переваги: Щоб отримати інформацію про безкоштовне або недороге медичне страхування, зверніться до Ради Green Mountain Care за номером 1-800-250-8427 або за посиланням www.GreenMountainCare.org. Щоб отримати інформацію про Програму допомоги з витратами на харчування 3SquaresVT, зателефонуйте за номером 1-800-479-6151 або відвідайте веб-сайт www.vermontfoodhelp.com.

Не заповнюйте Тільки для персоналу школи

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

Total Income Frequency Household Size Categorical 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

Джерела доходу дітей	
Джерела дитячого доходу	Приклади
- Заробіток від роботи	- Дитина має постійну роботу на повний або неповний робочий день, за яку вона отримує зарплату
Соціальне страхування Пенсія по інвалідності Допомога в разі втрати годувальника	Соціальні виплати для незрячої дитини або дитини з обмеженими можливостями Соціальні виплати, які отримує дитина, один із батьків якої є людиною з обмеженими можливостями, пенсіонером або помер
- Дохід від особи, яка не входить до складу родини	- Друг або далекий родич регулярно дарує дитині гроші
- Дохід з будь-якого іншого джерела	- Дитина отримує регулярний дохід з недержавного пенсійного фонду, анутету або трасту

Джерела доходу дорослих		
Заробіток від роботи	Державна допомога/Утримання/Аліменти на дитину	Субсидії/Пенсії/Увесь інший дохід
<ul style="list-style-type: none"> - Заробітна плата, грошові премії - Чистий дохід від самозайнятості (ферми або підприємництва) <p>Якщо ви належите до американських військових:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основна заробітна плата й грошові премії (БЕЗ урахування надбавок за участь у бойових діях, FSSA і матеріальної допомоги на житло за Програмою приватизації) - Надбавки за перебування поза межами військової бази (на житло, харчування, одяг) 	<ul style="list-style-type: none"> - Виплати по безробіттю - Компенсації працівникам - Додаткове соціальне забезпечення (SSI) - Грошова допомога від держави або органів місцевого самоврядування - Утримання після розлучення - Аліменти на дитину - Виплати ветеранам - Профспілкові виплати страйкарям 	<ul style="list-style-type: none"> - Страхові виплати (включно з пенсіями залізничників і виплатами в разі пильового захворювання легенів) - Пенсійні й страхові виплати по інвалідності від недержавних пенсійних фондів - Регулярний прибуток від трастів або нерухомоті - Анутет - Інвестиційний дохід - Отримані відсотки - Дохід з оренди - Регулярні готівкові платежі, що надходять з джерел поза межами родини

НЕОБОВ'ЯЗКОВО

Расова й етнічна приналежність дітей

Ми зобов'язані запитати вас про расову й етнічну приналежність ваших дітей. Ця інформація є важливою та допомагає упевнитися в тому, що ми задовольняємо потреби всієї нашої громади. Відповідати на запитання цього розділу необов'язково, це не вплине на право ваших дітей на безкоштовне або пільгове харчування.

Етнічна приналежність (позначте один варіант): Іспаномовні або латиноамериканці Не іспаномовні або латиноамериканці
 Американські індіанці або корінні жителі Азіати Чорні або афроамериканці

Раса (позначте один варіант або декілька):
 Аляски,
 Корінні жителі Гаваїв чи інших тихоокеанських островів Білі

ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ОЦІНКИ ДОХОДУ

Кількість членів родини	Щорічний	Щомісячний	Двічі на місяць	Кожні два тижні	Щотижневий
1	25 142	2096	1048	967	484
2	33 874	2823	1412	1303	652
3	42 606	3551	1776	1639	820
4	51 338	4279	2140	1975	988
5	60 070	5006	2503	2311	1156
6	68 802	5734	2867	2647	1324
7	77 534	6462	3231	2983	1492
8	86 266	7189	3595	3318	1659
За кожного додаткового члена родини додайте	8732	728	364	336	168

Таблиця ліворуч
Покаже рекомендації
щодо визначення
наявності права на
пільгові тарифи. Ваші
діти можуть
претендувати на
безкоштовне АБО
пільгове шкільне
харчування, якщо дохід
вашої родини не
перевищує ліміти,
наведені в цій таблиці.

Відповідно до федерального Закону Річарда Б. Рассела «Про національні шкільні обіди» подача цієї заяви вимагає повідомлення певної інформації. Ви не зобов'язані повідомляти цю інформацію, але без неї ми не зможемо схвалити заяву на безкоштовне або пільгове харчування для вашої дитини. Ви повинні зазначити останні чотири цифри номера соціального страхування дорослого члена родини, який підписує заяву. Останні чотири цифри номера соціального страхування не потрібні, якщо ви подаєте заяву від імені прийомної дитини або вказуєте номер своєї справи у Програмі додаткової допомоги з харчуванням (3SquaresVT), Програмі тимчасової підтримки малозабезпечених сімей (Reach Up) або Програмі постачання їжі в індіанських резерваціях (FDPIR) чи інший ідентифікатор FDPIR вашої дитини, або якщо ви вказуєте, що дорослий член родини, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ми використовуємо надану вами інформацію, щоб визначити, чи має ваша дитина право на безкоштовне або пільгове харчування, а також з метою адміністрування й реалізації програм обідів і сніданків. Ми МОЖЕМО передавати цю інформацію програмам органів освіти, охорони здоров'я та харчування, щоб допомогти їм з оцінкою, фінансуванням або визначенням переваг своїх проєктів, аудиторам — для перевірки програм, а також представникам правоохоронних органів, щоб сприяти виявленню порушень правил програми.

Відповідно до федерального законодавства про громадянські права та згідно з нормативними актами й директивами щодо громадянських прав Міністерства сільського господарства США (USDA) дискримінація за ознаками раси, кольору шкіри, національного походження, статі (включно з гендерною ідентичністю й сексуальною орієнтацією), інвалідності, віку, а також утиски або переслідування за попередню діяльність із захисту громадянських прав, заборонені в цій установі. Інформація про програму може бути доступна, а й іншими мовами. Особам з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів зв'язку для отримання інформації про програму (наприклад, шрифту Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів), слід звернутися до відповідального державного або місцевого агентства, що адмініструє програму, або до Центру TARGET USDA за номером (202) 720-2600 (голос і телетайп), або до USDA через Федеральну службу ретрансляції за номером (800) 877-8339. Щоб подати скаргу на дискримінацію в програмі, заявник повинен заповнити Форму AD-3027, «Форма скарги по факту дискримінації у програмі USDA», яку можна знайти онлайн за посиланням <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, а також у будь-якому відділенні USDA, зателефонувавши за номером (866) 632-9992 або написавши листа на адресу USDA. Лист повинен містити ім'я, адресу, номер телефону заявника, а також письмовий виклад обставин ймовірного дискримінаційного діяння з достатньою кількістю подробиць, щоб повідомити помічника Міністра із захисту громадянських прав (ASCR) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену Форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до USDA (1) поштою за адресою: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; або (2) факсом: (833) 256-1665 або (202) 690-7442; або (3) ел. поштою: program_intake@usda.gov

Ця установка забезпечує рівні можливості для всіх.