_____ **نموذج طلب عائلي للوجبات المدرسية المجانية والمخفضة السعر.** بالت قديم على _____

املأ طلب واحد لكل عائلة. يرجى استخدام قلم الحبر (وليس قلم رصاص).

الخطوة ١ اذكر جميع أفراد العائلة من هم رضع وأطفال وطلاب بما فيهم من في الصف الثاني عشر (إذا تطلب الأمر مزيد من المساحة لأسماء إضافية، يرجى إرفاق صفحة أخرى)

تعريف الفرد العائلي: "كل من يعيش معك ويشاركك الدخل والنفقات حتى لو لم يكن ذات صلة بك".

الأطفال في **الحضانة** و أيضاً الذين يستوفون وصف لا **مأوى لهم، مهاجر** أو **هارب** هم مؤهلون للحصول على وجبات مجانية. إقرأ لتتعلم كيف **تقوم بالتقديم للوجبات المدرسية المجانية والمخفضة السعر** لمزيد من المعلومات.

الاسم الأول للطفل	المعلومات الإدارية	الاسم الثاني للطفل	الصف	طالب؟ نعم	طالب؟ لا	طفل متبنى	لا مأوى، مهاجر، هارب

تحقق من ان كلهم تنطبق

الخطوة ٢ هل أي فرد من أفراد العائلة (أنت أيضاً) يشارك حالياً في واحد أو أكثر من البرامج المساعدة التالية: برنامج المساعدة للتغذية التكميلية أو برنامج المساعدة للمعونات المؤقتة أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية؟ _____ *(program)*

إذا كان الجواب بلا > انتقل إلى الخطوة ٣. **إذا كان الجواب بنعم>** أكتب رقم القضية هنا ثم انتقل إلى الخطوة ٤ (لا تكمل الخطوة ٣)

رقم القضية:

أكتب فقط رقم قضية واحد في هذا الفراغ.

الخطوة ٣ قم بتقرير الدخل لجميع أفراد الأسرة (تخطى هذ الخطوة إذا أجبت "بنعم "للخطوة ٢)

هل أنت غير متأكد من الدخل الذي ستقم بتضمينه هنا؟

اقلب الصفحة وانظر في الرسوم البيانية تحت عنوان "مصادر الدخل" لمزيد من المعلومات.

مخطط "مصادر دخل الطفل" سيساعدك بقسم دخل الطفل.

مخطط "مصادر دخل البالغين" سيساعدك بقسم جميع أفراد العائلة البالغين...

أ. دخل الطفل

أحيانا الأطفال في الأسرة يكسبون أو يتلقون دخل. يرجى تضمين إجمالي الدخل الذي يتم تلقيه من قبل جميع أفراد الأسرة المذكورين هنا في الخطوة ١.

دخل طفل $ ____ كم مرة؟ أسبوعي ○ مرة كل أسبوعين ○ مرتين في الشهر ○ شهريا ○

ب. جميع أفراد الأسرة البالغين (بما في ذلك أنت)

اذكر جميع أفراد الأسرة غير المذكورين في الخطوة ١ (بما في ذلك أنت) حتى إذا كانوا لا يتلقون دخل. لكل فرد عائلي مذكور، إذا كان لا يتلقى دخل، قم بذكر إجمالي مبلغ الدخل (قبل الضرائب) لكل مصدر بالدولار فقط (وليس السنتات). إذا كانوا لا يتلقون دخل من أي مصدر، أكتب " ٠.". إذا قمت بإدخال '٠.' أو تركت أي حقول فارغة، فإنك تتعهد بأنه ليس هناك دخل لتقرره.

أسماء أفراد العائلة البالغين (الاسم الأول والأخير)	الأرباح من العمل	كم مرة؟ أسبوعي	مرة كل أسبوعين	مرتين في الشهر	شهريا	المساعدة العامة / دعم الطفل / النفقة	كم مرة؟ أسبوعي	مرة كل أسبوعين	مرتين في الشهر	شهريا	المعاشات / التقاعد / جميع مصادر الدخل الأخرى	كم مرة؟ أسبوعي	مرة كل أسبوعين	مرتين في الشهر	شهريا
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

مجموع أفراد الأسرة (الأطفال والكبار) ____

آخر أربع أرقا□ من رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للعاملين بأجر أساسي أو لفرد عائلي بالغ آخر ____ X X

X X X X **افحص إذا كان لا يوجد رقم ضمان اجتماعي** ☐

الخطوة ٤ معلومات الاتصال توقيع الكبار

"أشهد (أتعهد) بأن جميع المعلومات في هذا الطلب والتي ذكرت عن الدخل صحيحة. أنا أتفهم أن هذه المعلومات أُعطيت بخصوص تلقي التمويل الفدرالي وكذلك أن مسؤولين المدرسة قد يوثقوا (يفحصوا) هذ المعلومات. وأنا أدرك أنني إذا تعمدت تقديم معلومات كاذبة، فان اطفالي ربما يفقدوا فوائد الوجبات وأني قد أكون ملاحق بموجب القوانين الفدرالية والدولية."

عنوان الشارع (إن وجد) _____ شقة # _____ مدينة _____ الحالة _____ الرمز البريدي _____ الهاتف للوصول اليك والبريد الإلكتروني(اختياري) _____

اسم البالغ بالحروف المفردة الموقع على النموذج _____ توقيع البالغ _____ تاريخ اليوم _____

تعليمات | مصادر الدخل

مصدر الدخل للأطفال	
مصادر الدخل الطفل	مثال (أمثلة)
- الأرباح من العمل	- الطفل الذي لديه وظيفة منتظمة بدوام كامل او دوام جزئي حيث يجني راتب أو أجرة
- الضمان الاجتماعي - مدفوعات الإعاقة - فوائد الباقين على قيد الحياة	- طفل مصاب بالعمى أو معاق ويتلقى فوائد ضمان اجتماعي - والد/ة معاق أو متقاعد أو متوفى وأطفالهم يتلقوا فوائد الضمان الاجتماعي ي
- دخل من شخص خارج العائلة	- صديق أو فرد مقرب من العائلة ينفق بانتظام على الطفل
- دخل من أي مصدر آخر	- الطفل الذي يتلقى دخل منتظم من صندوق التقاعد الخاص أو المعاش السنوي أو الائتمان

مصدر الدخل للبالغين		
الأرباح من العمل	المساعدة العامة / النفقة / دعم الطفل	المعاشات / التقاعد / جميع مصادر الدخل الأخرى
- الراتب والأجور والمكافآت النقدية - صافي الدخل من العمل الحر (مزرعة أو الأعمال التجارية) إذا كنت في الجيش الأمريكي: - الراتب الأساسي والعلاوات النقدية (لا تشمل أجور القتال أو الخدمات الاجتماعية والاسرية أو بدل سكن تم خصخصته) - حصص خارج قاعدة الإسكان والطعام والملابس	- إعانات البطالة - تعويضات العمال - دخل الضمان التكميلي (SSI) - المساعدة النقدية من الدولة أو الحكومة المحلية - مدفوعات النفقة - مدفوعات دعم الطفل زيبرا□ملا دئاوف - فوائد المحاربين القدامى - تعويضات الإضراب عن العمل	- الضمان الاجتماعي (بما في ذلك المعاش السنوي لعمال السكة الحديدية المتقاعدين والفوائد الطبية والمدفوعات الشهرية للعاملين بمنجم الفحم) - المعاشات الخاصة أو تعويضات الإعاقة - دخل منتظم من الإئتمانات أو العقارات - المعاشات - دخل الاستثمار - الفائدة المكتسبة - إيرادات الإيجار - دفعات نقدية منتظمة من الأسر الخارجة

اختياري | هويات الأطفال العرقية والعنصرية

نحن مطالبون لسؤالك عن معلومات بشأن الانتماء العرقي لأطفالك. هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من أننا نقوم بخدمة مجتمعنا بالكامل. الرد على هذا القسم اختياري ولا يؤثر أهلية أطفالك للوجبات المجانية والمخفضة السعر.

الانتماء العرقي (اختر واحدة): ☐ اسباني أو لاتيني ☐ ليس اسباني أو ليس لاتيني

العرق (اختر واحدة أو أكثر): ☐ الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين ☐ آسيا ☐ أمريكي أسود أو إفريقي ☐ سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي ☐ أبيض

تتطلب **المدرسة الوطنية لبرنامج الغذاء** المعلومات في هذا الطلب. لا يجب عليك إعطاء المعلومات ولكن إذا لم تعطيها، لا يمكننا أن نصادق على حق طفلك في الوجبات المجانية أو المخفضة السعر. يجب عليك تضمين الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي للفرد البالغ الذي وقع الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عندما تقدم بالنيابة عن طفل متبنى أو عندما تذكر رقم القضية لبرنامج المساعدة للتغذية التكميلية أو برنامج المساعدة للمعونات المؤقتة أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية أو معرف آخر لبرنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية لطفلك أو عندما تشير أن الفرد العائلي البالغ الذي وقع الطلب ليس له رقم ضمان اجتماعي. سوف نستخدم المعلومات الخاصة بك لتحديد ما إذا كان طفلك يستحق الوجبات المجانية أو المخفضة السعر وأيضا سنستخدمها لإدارة وتنفيذ برامج الفطور والغذاء. قد نتشارك معلومات الاستحقاق الخاصة بك مع التعليم، والصحة، وبرامج التغذية لمساعدتهم على تقييم أو تمويل أو تحديد الفوائد لبرامجهم ومدققي حسابات لمراجعة البرنامج ومسؤولين قانونيين للتنفيذ وذلك لمساعدتهم في النظر في انتهاكات قوانين البرنامج.

. بموجب قانون الحقوق المدنية الفدرالية و ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية، وزارة الزراعة الامريكية بوكالاتها ومكاتبها وموظفيها ومؤسساتها المشاركة فيها والتي تدير برامجها ممنوعة من التمييز على اساس العرق أو اللون أو الجنس أو الاصل القومي أو الاعاقة أو العمر أو الانتقام لأجل نشاط حقوقي مدني مسبق في اي برنامج ممول أو متولى من قبل وزارة الزراعة الامريكية.

ذوو الاحتياجات الخاصة الذين يتطلبون وسائل اتصال بديلة لمعلومات البرنامج (على سبيل المثال بريل، حروف طباعة كبيرة، شريط صوتي، لغة الإشارة الامريكية الخ) ينبغي عليهم الاتصال بالوكالة (دولية أو محلية) حيث قاموا بالتقديم للمنافع. يستطيع الأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعاف السمع أو يعانون من إعاقات الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الامريكية من خلال خدمة الترحيل الاتحادية على الرقم ٦٣٢-٨٣٣٩ (٨٠٠). بالإضافة إلى ذلك، يجوز أن تقدم معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقدم شكوى للبرنامج عن التمييز، أملأ نموذج شكوى للبرنامج عن التمييز خاص بوزارة الزراعة الامريكية (AD-3027) تجده اونلاين على موقع http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html وبإمكانك أيضاً التقديم لأي مكتب تابع لوزارة الزراعة الامريكية أو اكتب رسالة معنونه للوزارة شاملة كل المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على ٨٦٦-٦٣٢-٩٩٩٢ . قدم طلبك المكتمل او رسالتك لوزارة الزراعة الامريكية من خلال:

بريد: وزارة الزراعة الأمريكية
مكتب الأمين العام المساعد لشؤون حقوق المدنية
١٤٠٠ شارع الاستقلال، SW
واشنطن، ٢٠٢٥٠-٩٤١٠ DC

الفاكس: ٧٤٤٢-٦٩٠ (٢٠٢). أو

البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

هذه المؤسسة هي مزود الفرص المتكافئة.

لا لأمة | يسردملا طقف

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

Total Income

How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
○	○	○	○

Household size

Categorical Eligibility ☐

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
○	○	○

Determining Official's Signature | Date

Confirming Official's Signature | Date

Verifying Official's Signature | Date