FORMULAR ZA BENEFICIJE ZA DEČIJE OBROKE ZA ŠKOLSKU _____

Popunite, potpišite i vratite formular_____. Molimo pročitajte instrukcije. Ako vam treba pomoć u popunjavanju ovog formulara, nazovite: _____.

1 IME DETETA:

_____

Prezime **Ime** **Srednje ime**

ZA BENEFICIJE ZA DEČIJU ISHRANU U ŠKOLI, POPUNITE OVU INFORMACIJU:

Razred deteta: _____

Ime škole: _____

ZA BENEFICIJE ZA DEČIJU ISHRANU U OBDANIŠTU, POPUNITE OVU INFORMACIJU:

Ime centra obdaništa: _____

ILI

Ime osobe koje pruža usluge dnevnog čuvanja dece:

_____

Ime sponzora (ako je poznato): _____

ZA BENEFICIJE ZA DEČIJE OBROKE U OKVIRU LETNJEG PROGRAMA UZLUGA ISHRANE (SFSP), OZNAČITE U OVOJ ZAGRADI [ ]

2 Da li je ovo DETE POD STARATELJSTVOM? (Vidite instrukcije) Ako je ovo dete pod starateljstvom, naznačite ovde [ ] I navedite mesečni dohodak za ličnu upotrebu deteta ovde: $ _____. Nastavite u odeljku br. 5.

3 Ako primate TAČKICE ZA HRANU, TANF ili FDPIR beneficije za vaše dete ili, za drugi stepen domaćnstava za obezbedjenje usluga dnevnog čuvanja dece, da li ste upisani u bilo koji drugi kvalifikovani program subvencionisanih beneficija? Navedite BROJ SLUČAJA POD KOJIM SE VODITE. NEMOJTE popunjavati odeljak br. 4. Nastavite u odeljku br. 5.

Broj slučaja TAČKICA ZA HRANU: _____ Broj slučaja FDPIR: _____

Broj slučaja TANF: _____

(Samo za roditelje dece u domaćinstavima koja obezbeđuju usluge čuvanja dece kategorisanih kao drugi stepen) .
Drugi kvalifikovani program i broj slucaja pod kojim se vodite: _____

4 SVA DRUGA DOMAĆINSTVA: (Popunite ovaj deo samo ako niste popunili odeljke br. 2 i br. 3) Navedite sve članove domaćinstva, uključujući gore navedeno dete. Navedite sve dohotke. Nastavite u odeljku br. 5.

Imena	**Tekući mesečni dohodak**			
Imena članova domaćinstva (uključite gore navedeno dete)	Mesečna primanja od rada (Pre odbitaka) Posao b. 1	Mesečna socijalna pomoć, podrška za decu, alimentacija	Mesečna placanja po osnovu penzija, primanja u penziji, socijalne pomoći	Mesečna primanja od posla br. 2 ili bilo kog drugog mesečnog dohotka
1.	$	$	$	$
2.	$	$	$	$
3.	$	$	$	$
4.	$	$	$	$
5.	$	$	$	$
6.	$	$	$	$
7.	$	$	$	$
8.	$	$	$	$
9.	$	$	$	$
10.	$	$	$	$
11.	$	$	$	$
12.	$	$	$	$

5 POTPIS I BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA:

KAZNE ZA LAŽNO PREDSTAVLJANJE: *Ja potvrđujem da su sve gornje informacije istinite i tačne i da je broj slučaja pod kojim se vodim u okviru programa tačkica za hranu, FDPIR, TANF ili drugog kvalifikovanog programa tačani kurentan ili da je sav dohodak prijavljen. Ja shvatam da je ova informacija data u zamenu za savezna sredstva; da službena lica mogu verifikovati informaciju na formularu o beneficijama za decju ishranu i da namerno lažno predstavljanje može biti predmet gonjenja po važećim državnim i saveznim zakonima.*

Potpis punoletne osobe: _____ Broj lične karte: __ __ __ - __ __ - __ __ __ __

Da li ste vi osoba koja u svom domu pruža usluge čuvanja dece uz prvi stepen beneficija? DA [ ] NE [ ]

Odštampajete ime: _____ Broj kućnog telefona: _____ Broj na poslu: _____

Kućna adresa:_____

Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____ Datum: _____

Izjava Zakona o privatnosti. Osim ako navodite tačkice za hranu za dete, FDPIR, ili TANF broj slučaja pod kojim se vodite ili ako podnosite molbu za dete pod starateljstvom, Odeljak 9 Zakona o nacionalnom školskom ručku zahteva da uključite broj socijalnog osiguranja člana domaćinstva koji potpisuje formulare ili navedete da član domaćinstva koji potpisuje formular nema broj socijalnog osiguranja. Ne morate da navedete broj socijalnog osiguranja, ali ako on nije naveden ili nije navedeno da punoletni član domaćinstva koji potpisuje formular nema broj socijalnog osiguranja, mi ne mozemo prihvatiti formular. Broj socijalnog osiguranja se može upotrebiti da identifikuje člana domaćinstva u verifikovanju verodostojnosti informacije koja je navedena na formularu. Ovo može uključiti preglede programa, kontrole i sudska istraživanja i može uključiti kontaktiranje preduzeća u kojem je lice zaposleno da bi se ustanovio dohodak, kontaktiranje biroa Programa tackica za hranu, FDPIR, ili TANF kako bi se odredila tekuća kvalifikovanost za Program tačkica za hranu, FDPIR, ili TANF beneficije, kontaktiranje biroa za sigurnost državne zaposlenosti da se odredi obim beneficija koje su primljene i da se proveri dokumentacija koju je član domaćinstva predao kako bi se dokazao obim primljenog dohotka. Ovi napori mogu rezulturati gubitkom ili smanjenjem beneficija, administrativnim potraživanjima ili pravnim akcijama ako tačna informacija nije prijavljena.. Broj socijajalnog osiguranja se takođje može proslediti programima koji su autorizovani po Zakonu o nacionalnom školskom ručku i Zakonu o ishrani deteta, Generalniog kontrolora SAD-a i policijskih službenih lica radi iztraživanja prekršaja određenih saveznih, državnih i lokalnih programa za obrazovanje, zdravstvo i ishranu.

---

6 RASNI/ETNIČKI IDENTITET: Niste obavezni da odgovorite na ova pitanja. Ako odlučite da odgovorite:

<u>Molimo naznačite jedan ili više od sledećih rasnih identiteta</u>:

[ ] Američki indijanac ili rodjen na Aljasci [ ] Azijski [ ] Crni ili afrički Amerikanac
[ ] Rodjen na Havajima ili sa drugih pacifičkih ostrva [ ] Beli

<u>Molimo naznačite jedan od sledećih etničkih identiteta</u>:

[ ] Hispanski ili latino [ ] Ne-hispanski ili latino

Ministarstvo za poljoprivredu SAD-a (USDA) zabranjuje diskriminaciju u svom svojim programima i aktivnostima na osnovi rase, boje lica, nacionalnog porekla, pola, starosti ili fizickog hendikepa osobe. Osobe sa hendikepom koje zahtevaju alternativna sredstva za komunikaciju programskih informacija (Brajeva azbuka, velika štampana slova, audio kasete, itd.) treba da kontaktiraju USDA-ov TARGET Centar na broj (202) 720-2600 (telefonska sekretarica-mašina i TDD).

Žalbu o diskriminaciji možete poslati na adresu USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ili nazovite broj (202) 720-5964 (telefonska sekretarica-mašina i TDD). USDA garantuje ravnopravnost za sve poslove i za sve ljude.

For Official Use only:
Food Stamp/FDPIR/TANF or other eligible benefit program (Tier II day care homes only) household categorically eligible free:
[ ] Yes [ ] No

MONTHLY INCOME CONVERSION: WEEKLY x 4.33, EVERY 2 WEEKS x 2.15, TWICE A MONTH x 2

Total monthly income: _____ Household size: _____ Eligible: _____ NOT Eligible: _____

Eligibility Classification: Free _____ Reduced Price _____ Paid _____ Temporary: Free _____ Reduced Price: _____
Tier I _____ Tier II _____ Time Period: _____

Determining Official: _____

Signature: _____ Date:_____