ФОРМУЛАРИ ЗА МОЛБЕ И ПРОВЕРЕ СТАТУСА ЗА ДОБИЈАЊЕ БЕСПЛАТНИХ И ЈЕФТИНИЈИХ ШКОЛСКИХ ОБРОКА

ШКОЛСКА ГОДИНА ____-____

ОБАВЕШТЕЊЕ ЗА ШКОЛСКЕ ОБЛАСТИ

Овај пакет садржи узорке формулара:

Тражене информације које се *морају* доставити домаћинствима:

- Писмо домаћинствима
- Молба за бесплатне и јефтиније школске оброке
- Обавештење домаћинствима о одобрењу / одбијању молбе за добијање бенефиција[1] (обавештење се обавезно мора послати ако је молба домаћинства одбијена)

Тражене информације које нам морају доставити домаћинства која су одабрана за проверу материјала са информацијама:

- Обавештење да је домаћинство изабрано за проверу квалификације
- Писмо у вези са резултатима провере

Необавезни материјал у вези са молбом, који се *може* доставити домаћинствима:

- Слање информација „Medicaid“-у / „SCHIP“-у
- Слање информација другим програмима
- Обавештење домаћинствима о одобрењу / одбијању молбе за добијање бенефиција[1] (обавештење се не мора послати ако је молба домаћинства одобрена)
- Обавештење о добијању Директне потврде квалификације

Странице су подешене за штампање на хартији величине 8½” x 11”. Неке странице се могу штампати спреда и одзада. Ваш задатак је да питате које бенефиције се нуде у вашој школи, као што су ужине после школе. **[bold, bracketed fields]** значи место где требате убацити информације које су специфичне за вашу школску област. На пример, у материјал за проверу морате укључити бесплатни број телефона у вашој области који се користи за добијање помоћи у провери. Ако ови материјали нису модификовани тако да укључују назив „Supplemental Nutrition Assistance Program“ (SNAP) (Програм помоћи у додатној исхрани), раније се звао „Food Stamp Program“ или Програм бонова за храну, „Temporary Assistance to Needy Families“ (TANF) (Привремена помоћ породицама у нужди), „State Children’s Health Insurance Program“ (SCHIP) (Државни програм здравственог осигурања за децу), убаците ове информације ако се на вас односе и, ако треба, додајте „Food Distribution Program on Indian Reservations“ (FDPIR) (Програм дистрибуције хране у индијанским резерватима). Овај пакет с узорцима молби укључује информације у вези са изузећем прихода за смештај које се дају домаћинствима укљученим у „Military Housing Privatization Initiative“ (Иницијатива за приватизацију војног смештаја). Ако се ово не може применити на вашу школску област, молимо вас да информације прилагодите на одговарајући начин.
Ваша државна агенција може од вас тражити да јој пошаљете пакет са молбом на њено одобрење. Уколико имате питања, обратите се:

[State agency address]

[1]Сва домаћинства морају бити обавештена у вези одобрења. Домаћинства са децом којој је одбијено добијање бенефиција морају примити обавештење о том одбијању у писменој форми. Обавештење мора садржавати обавештење домаћинству зашто је одбијено, информације о његовом праву на жалбу, упутства о томе како се подноси жалба и тврдњу да породица може поново поднети молбу за бесплатне и јефтиније оброке било када у току школске године. Домаћинства са децом којој је одобрено добивање бенефиција у виду бесплатних или јефтинијих оброка, о томе могу бити обавештена у писменој форми или усмено.

[INSERT SCHOOL DISTRICT LETTERHEAD]

Драги родитељи / старатељи:

Да би деца могла учити, потребни су им здрави оброци. **[Name of School]** нуди здраве оброке сваки дан када школа ради. Доручак кошта **[$]**; ручак кошта **[$]**. Ваше дете се може квалификовати за бесплатне или јефтиније оброке. Цена јефтинијих оброка је **[$]** за доручак и **[$]** за ручак.

1. ДА ЛИ ТРЕБАМ ПОПУНИТИ МОЛБУ ЗА СВАКО ДЕТЕ ПОСЕБНО? Не. Испуните молбу за добивање бесплатних или јефтинијих оброка. *За све ученике у вашем домаћинству користите једну молбу за добијање бесплатних И јефтинијих школских оброка.* Не можемо одобрити молбу која је непотпуна. Зато се побрините да испуните све потребне информације. Испуњену молбу пошаљите на следећу адресу: **[name, address, phone number]**.

2. КО МОЖЕ ДОБИТИ БЕСПЛАТНЕ ОБРОКЕ? Сва деца у домаћинству која примају бенефиције на основу програма **[State SNAP], [the Food Distribution Program on Indian Reservations]** или **[State TANF]**, могу добити оброке без обзира на ваша примања. Такође, ваша деца могу добити бесплатне оброке ако су бруто приходи вашег домаћинства у границама квалификације за добијање бесплатних оброка у складу са Федералним смерницама за квалификовање на основу прихода.

3. ДА ЛИ МОГУ ДЕЦА У ПОРОДИЧНОМ СКРБНИШТВУ ДОБИТИ БЕСПЛАТНЕ ОБРОКЕ? Да, деца за коју су законски одговорне скрбничке агенције или суд, испуњавају услове за добијање бесплатних оброка. Било које дете у породичном скрбништву (на енглеском: „foster child-ren“) испуњава услове за добијање бесплатних оброка без обзира на приходе домаћинства.

4. ДА ЛИ МОГУ ДЕЦА-БЕСКУЋНИЦИ, ДЕЦА КОЈА СУ ПОБЕГЛА ОД КУЋЕ И ДЕЦА МИГРАНАТА ДОБИТИ БЕСПЛАТНЕ ОБРОКЕ? Да, деца-бескућници, деца која су побегла од куће или деца мигранта испуњавају услове за добијање бесплатних оброка. Ако вам није речено да ће ваше дете добити бесплатне оброке, молимо вас назовите или пошаљите имејл **[school, homeless liaison or migrant coordinator information]** како би проверили да ли она испуњавају услове.

5. КО МОЖЕ ДОБИТИ ОБРОКЕ ПО НИЖОЈ ЦЕНИ? Ваша деца могу добити оброке по нижој цени ако су приходи вашег домаћинства у границама квалификације за добијање оброка по нижим ценама, у складу са Федералном табелом за квалификацију на основу прихода, која се налази у овој молби.

6. ДА ЛИ ТРЕБАМ ИСПУНИТИ МОЛБУ АКО САМ ОД ШКОЛЕ ДИОБИО-ЛА ПИСМО ОВЕ ГОДИНЕ У КОЈЕМ ПИШЕ ДА ЈЕ МОЈОЈ ДЕЦИ ОДОБРЕНО ДОБИЈАЊЕ БЕСПЛАТНИХ ОБРОКА? Молимо Вас да пажљиво прочитате писмо и да следите упутства. Ако имате питања, назовите школу на број телефона **[phone number]**.

7. МОЛБА КОЈУ СМО ПОДНЕЛИ ЗА НАШЕ ДЕТЕ ЈЕ ОДОБРЕНА ПРОШЛЕ ГОДИНЕ. ДА ЛИ ТРЕБАМО ИСПУНИТИ ДРУГУ МОЛБУ? Да. Молба за ваше дете важи смо за ту школску годину и за првих неколико дана у новој школској години. Морате послати нову молбу, осим ако су вам у школи рекли да ваше дете испуњава услове и у новој школској години.

8. ПРИМАМ „WIC“. МОЖЕ ЛИ МОЈЕ ДЕТЕ (МОГУ ЛИ МОЈА ДЕЦА) ДОБИЈАТИ БЕСПЛАТНЕ ОБРОКЕ? Деца у домаћинству које учествује у програму WIC <u>могу</u> испуњавати услове за добијање бесплатних или јефтинијих оброка. Молимо вас да испуните молбу.

9. ДА ЛИ ЋЕ СЕ ИНФОРМАЦИЈЕ КОЈЕ ДАМ ПРОВЕРАВАТИ? Да, а можемо од вас тражити и да пошаљете доказ у писменој форми.

10. АКО САДА НЕ ИСПУЊАВАМ УСЛОВЕ, МОГУ ЛИ ПОДНЕТИ МОЛБУ КАСНИЈЕ? Да, молбу можете поднети било када у току школске године. На пример, деца са родитељима или старатељима који остану без посла могу испунити услове за бесплатне и јефтиније оброке ако се приходи домаћинства спусте испод предвиђених граница прихода.

11. ШТА ЋЕ СЕ ДОГОДИТИ АКО СЕ НЕ СЛАЖЕМ СА ОДЛУКОМ ШКОЛЕ У ВЕЗИ СА МОЈОМ МОЛБОМ? О томе требате поразговарати са радницима школе. Такође можете тражити да се одржи саслушање ако назовете или се у писменој форми обратите на следећу адресу: **[name, address, phone number, e-mail]**.

12. ДА ЛИ МОГУ ПОДНЕТИ МОЛБУ АКО НЕКО У МОМ ДОМАЋИНСТВУ НИЈЕ АМЕРИКАНАЦ? Да. Ви и ваше дете (ваша деца) не морате бити амерички држављани да би испунили услове за добијање бесплатних или јефтинијих оброка.

13. КОГА ТРЕБАМ УКЉУЧИТИ У ЧЛАНОВЕ МОГ ДОМАЋИНСТВА? Морате укључити све особе које живе у вашем домаћинству, без обзира да ли су са вама у сродству или не (попут бака и дека, других рођака или пријатеља) који са вама деле приходе и трошкове. Такође морате укључити себе и сву децу која са вама живе. Ако живите са другим особама које финансијски зависе о вама (на пример, особе које не издржавате, које са вама и вашом децом не деле приходе, али плаћају деломичан износ као њихов удео у трошковима), те особе немојте наводити.

14. ШТА ДА РАДИМ АКО МОЈИ ПРИХОДИ НИСУ УВЕК ИСТИ? Наведите износ који обично примате. На пример, ако обично, сваки месец зарадите $1000, али прошли месец нисте могли радити сво време па сте зарадили само $900, наведите да месечно зарађујете $1000. Ако обично радите прековремено, укључите и то, али немојте то спомињати ако само понекад радите прековремено. Ако сте остали без посла или су вам смањени радни сати или плата, наведите своја тренутна примања.

15. РАДИМО ЗА ВОЈСКУ. ТРЕБАМО ЛИ У ПРИХОДЕ УКЉУЧИТИ ДОДАТАК ЗА ТРОШКОВЕ СТАНОВАЊА? Ако примате додатак за становање ван базе, морате га укључити у приход. Међутим, ако је ваша станарина део „Military Housing Privatization Initiative“ (Иницијатива за приватизацију војног смештаја), немојте додатак за трошкове становања укључивати у приходе.

16. МОЈ-А СУПРУГ-А ЈЕ ПРЕМЕШТЕН-А У ПОДРУЧЈЕ РАТНОГ РИЗИКА. СПАДА ЛИ ДОПЛАТАК ЗА ИЗЛОЖЕНОСТ РАТНОМ РИЗИКУ У ПРИХОДЕ? Не уколико се доплатак за изложеност ратном ризику добија поред основне плате, као резултат супружничког запослења и ако тај доплатак није исплаћиван пре његовог или њеног запослења. У том случају доплатак за изложеност ратном ризику не спада у приходе. Ако желите више информација, ступите у контакт са вашом школом.

17. МОЈОЈ ПОРОДИЦИ ТРЕБА ВЕЋА ПОМОЋ. ПОСТОЈЕ ЛИ ДРУГИ ПРОГРАМИ ЗА КОЈЕ МОЖЕМО ПОДНЕТИ МОЛБУ? Да би сте сазнали како да испуните молбу за **[State SNAP]** или друге бенефиције за помоћ, обратите се вашем локалном службенику за помоћ или назовите **[State hotline number]**.

Ако имате још питања или вам треба помоћ, назовите **[phone number]**.

Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: **[phone number]**.

Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: **[phone number]**.

Срдачни поздрави,

[signature]

УПУТСТВА ЗА ПОДНОШЕЊЕ МОЛБЕ

ЧЛАН ДОМАЋИНСТВА ЈЕ БИЛО КОЈЕ ДЕТЕ ИЛИ ОДРАСЛА ОСОБА КОЈА СА ВАМА ЖИВИ.

АКО ВАШЕ ДОМАЋИНСТВО ПРИМА БЕНЕФИЦИЈЕ ОД **[State SNAP]**, ИЛИ **[STATE TANF] [OR THE FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)]**, СЛЕДИТЕ ОВА УПУТСТВА:

Део 1: Наведите све чланове домаћинства и називе свих школа које свако дете појединачно похађа.
Део 2: Наведите број предмета који сваки члан домаћинства (укључујући и одрасле особе) прима као бенефиције на основу програма **[State SNAP],** или **[State TANF],** или **[FDPIR]**.
Део 3: Овај део прескочите.
Део 4: Овај део прескочите.
Део 5: Потпишите се на формулар. Задња четири броја вашег социјалног осигурања **нису** неопходна.
Део 6: Ако желите, одговорите на ово питање.

АКО НИКО У ВАШЕМ ДОМАЋИНСТВУ НЕ ПРИМА БЕНЕФИЦИЈЕ НА ОСНОВУ ПРОГРАМА**[State SNAP]** ИЛИ **[State TANF]** И АКО ЈЕ БИЛО КОЈЕ ДЕТЕ У ВАШЕМ ДОМАЋИНСТВУ БЕСКУЋНИК, ДЕТЕ МИГРАНАТА ИЛИ ЈЕ ПОБЕГЛО ОД КУЋЕ, СЛЕДИТЕ ОВА УПУТСТВА:

Део 1: Наведите све чланове домаћинства и називе свих школа које свако дете појединачно похађа.
Део 2: Овај део прескочите.
Део 3: Ако је било које од деце за које подносите молбу бескућник, дете мигранта или побегло од куће, означите одговарајући квадратић и назовите **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].**
Део 4: Ово испуните само ако дете из вашег домаћинства не испуњава услове из Дела 3. Погледајте УПУТСТВА За сва друга домаћинства.
Део 5: Потпишите се на формулар. Задња четири броја вашег социјалног осигурања **нису** обавезна ако нисте морали попунити Део 4.
Део 6: Ако желите, одговорите на ово питање.

АКО ПОДНОСИТЕ МОЛБУ ЗА ДЕТЕ У ПОРОДИЧНОМ СКРБНИШТВУ, СЛЕДИТЕ ОВА УПУТСТВА:

Ако су <u>сва</u> деца у домаћинству деца у вашем породичном скрбништву (на енглеском: „foster child“):
Део 1: Наведите сву децу која су у породичном скрбништву и називе свих школа посебно за свако дете. Означите квадратић ако је дете у вашем породичном скрбништву.
Део 2: Овај део прескочите.
Део 3: Овај део прескочите.
Део 4: Овај део прескочите.
Део 5: Потпишите се на формулар. Задња четири броја вашег социјалног осигурања **нису** неопходна.
Део 6: Ако желите, одговорите на ово питање.

Ако су нека деца у вашем домаћинству деца у вашем породичном скрбништву:
Део 1: Наведите све чланове домаћинства и називе свих школа које свако дете појединачно похађа. За све особе без прихода, укључујући децу, морате означити квадратић у којем пише “Без прихода”. Означите квадратић ако је дете у вашем породичном скрбништву.
Део 2: Ако домаћинство нема број предмета, овај део прескочите.
Део 3: Ако је било које од деце за које подносите молбу бескућник, дете мигранта или побегло од куће, означите одговарајући квадратић и назовите **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].** Ако није, прескочите овај део.
Део 4: Следите ова упутства приликом пријављивања укупних прихода домаћинства за овај или прошли месец.

- **Квадратић 1–Име и презиме:** Наведите све чланове домаћинства са приходима.
- **Квадратић 2 –Бруто приходи и колико их често примате**: За сваког члана домаћинства, наведите све врсте прихода које је примио у току месеца. Морате нам рећи колико често се новац прима—седмично, сваке друге седмице, два пута месечно или једанпута месечно. За зараду, обавезно наведите **бруто приходе**, а не новац који се донесе кући. Бруто приходи су износ који се заради *пре* пореза и других одбитака. Требало би да га можете наћи на вашем одреску за плату или вам то може рећи шеф. Што се тиче осталих прихода, наведите

износ који је свака особа примила у току месеца – од социјалне помоћи, алиментације за децу, супружничког издржавања, пензије, мировине, доприносе од социјалног осигурања, „Supplemental Security Income“ (SSI) (Додатни приход од социјалног осигурања за старије особе), „Veteran’s Benefits“ (VA) (повластице за ветеране) и бенефиције на основу инвалидитета. Под *Сви остали приходи*, наведите бенефиције на основу радничке компензације, незапослености или учешћа у штрајку, редовне бенефиције од људи који не живе у вашем домаћинству, као и све друге приходе. Немојте укључивати приходе из програма SNAP, FDPIR, WIC, Федералне повластице за образовање и исплате за породично скрбништво које породица прима од агенције за обезбеђење смештаја деце-корисника. САМО за особе које раде за властито предузеће, под *Зарада на основу личног рада*, пријавите приходе након одбијених трошкова. Ово се односи на ваш посао, газдинство или приходе од најма. Ако сте укључени у програм „Military Privatized Housing Initiative“ (Иницијатива за приватизацију војног смештаја) или добијате додатак за изложеност ратном ризику, ове додатке немојте пријављивати као приходе.

Део 5: Одрасли чланови домаћинства се морају потписати на формулар и навести задња четири броја социјалног осигурања (или означити квадратић ако га немају).

Део 6: Ако желите, одговорите на ово питање.

СВА ОСТАЛА ДОМАЋИНСТВА, УКЉУЧУЈУЋИ ДОМАЋИНСТВА СА БЕНЕФИЦИЈАМА „WIC“, СЛЕДИТЕ ОВА УПУТСТВА:

Део 1: Наведите све чланове домаћинства и називе свих школа које свако дете појединачно похађа. За све особе без прихода, укључујући децу , морате означити квадратић где пише “Без прихода”.

Део 2: Ако домаћинство нема број предмета, овај део прескочите.

Део 3: Ако је било које од деце за које подносите молбу бескућник, дете мигранта или побегло од куће, означите одговарајући квадратић и назовите **[your school, homeless liaison, migrant coordinator].** Ако није, овај део прескочите.

Део 4: Следите ова УПУТСТВА приликом пријављивања укупних прихода домаћинства за овај или прошли месец.

- **Квадратић 1–Име и презиме:** Наведите све чланове домаћинства са приходима.
- **Квадратић 2 –Бруто приходи и колико их често примате**: За сваког члана домаћинства, наведите све врсте прихода које је примио у току месеца. Морате нам рећи колико често се новац прима—седмично, сваке друге седмице, два пута месечно или једанпута месечно. За зараду, обавезно наведите **бруто приходе**, а не новац који се донесе кући. Бруто приходи су износ који се заради *пре* пореза и других одбитака. Требало би да га можете наћи на вашем одреску за плату или вам то може рећи шеф. Што се тиче осталих прихода, наведите износ који је свака особа примила у току месеца – од социјалне помоћи, алиментације за децу, супружничког издржавања, пензије, мировине, доприносе од социјалног осигурања, „Supplemental Security Income“ (SSI) (Додатни приход од социјалног осигурања за старије особе), „Veteran’s Benefits“ (VA) (повластице за ветеране) и бенефиције на основу инвалидитета. Под *Сви остали приходи*, наведите бенефиције на основу радничке компензације, незапослености или учешћа у штрајку, редовне бенефиције од људи који не живе у вашем домаћинству, као и све друге приходе. Немојте укључивати приходе из програма SNAP, FDPIR, WIC, Федералне повластице за образовање и исплате за породично скрбништво које породица прима од агенције за обезбеђење смештаја деце-корисника. САМО за особе које раде за властито предузеће, под *Зарада на основу личног рада*, пријавите приходе након одбијених трошкова. Ово се односи на ваш посао, газдинство или приходе од најма. Ако сте укључени у програм „Military Privatized Housing Initiative“ (Иницијатива за приватизацију војног смештаја) или добијате додатак за изложеност ратном ризику, ове додатке немојте пријављивати као приходе.

Део 5: Одрасли чланови домаћинства се морају потписати на формулар и навести задња четири броја социјалног осигурања (или означити квадратић ако га немају).

Део 6: Ако желите, одговорите на ово питање.

МОЛБА ЗА ДОБИЈАЊЕ БЕСПЛАТНИХ И ЈЕФТИНИЈИХ ШКОЛСКИХ ОБРОКА ZA ПОРОДИЦЕ

ДЕО 1. СВИ ЧЛАНОВИ ДОМАЋИНСТВА

Имена и презимена свих чланова домаћинства (Име, иницијали средњег имена, презиме)	Називи школа за свако дете појединачно / ако дете не иде у школу, само напишите "NA"	*Означите ако је дете у вашем породичном скрбништву – на енглеском: „foster child" (за које је законски одговорна агенције за социјални рад или суд)* ** Ако су сва доле наведена деца у породичном скрбништву, прескочите Део 5 и потпишите се на овај формулар.*	*Означите квадратић ако НЕМАТЕ приходе*
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑

ДЕО 2. БЕНЕФИЦИЈЕ

АКО БИЛО КОЈИ ЧЛАН ВАШЕГ ДОМАЋИНСТВА ПРИМА , ИЛИ , НАПИШИТЕ ИМЕ И ПРЕЗИМЕ, КАО И БРОЈ ПРЕДМЕТА ОСОБЕ КОЈА ПРИМА БЕНЕФИЦИЈЕ И **ПРЕСКОЧИТЕ СВЕ ДО ДЕЛА 5**. **АКО НИКО НЕ ПРИМА ОВЕ БЕНЕФИЦИЈЕ, ПРЕСКОЧИТЕ СВЕ ДО ДЕЛА 3.**

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:_____ БРОЈ ПРЕДМЕТА: _____

ДЕО 3. АКО ЈЕ БИЛО КОЈЕ ДЕТЕ ЗА КОЈЕ ПОДНОСИТЕ МОЛБУ БЕСКУЋНИК, ДЕТЕ МИГРАНАТА ИЛИ ПОБЕГЛО ОД КУЋЕ, ОЗНАЧИТЕ ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ И НАЗОВИТЕ
БЕСКУЋНИК ❑ ДЕТЕ МИГРАНАТА ❑ ПОБЕГЛО ОД КУЋЕ ❑

ДЕО 4. УКУПНИ БРУТО-ПРИХОДИ ДОМАЋИНСТВА. Морате нам рећи износ и колико често га примате.

1. ИМЕ И ПРЕЗИМЕ (Наведите само оне чланове домаћинства који имају приходе.)	2. БРУТО ПРИХОДИ И КОЛИКО ИХ ЧЕСТО ПРИМАТЕ			
	Зарада на основу личног рада пре одбитака	Социјална помоћ, алиментација за дете (децу), супружничко издржавање	Пензије, мировине, социјално осигурање, бенефиције SSI, VA	Сви остали приходи
(Пример) Џејн Смит	$199.99/ седмично	$149.99/ сваке друге седмице	$99.99/ месечно	$50.00/ месечно
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

ДЕО 5. ПОТПИС И ЗАДЊА ЧЕТИРИ БРОЈА СОЦИЈАЛНОГ ОСИГУРАЊА (МОРА СЕ ПОТПИСАТИ ПУНОЛЕТНО ЛИЦЕ)

На молбу се мора потписати пунолетан члан домаћинства. **Ако сте испунили Део 4, пунолетно лице које се потписује на формулар мора написати четири задња броја социјалног осигурања или означити квадратић у којем пише "Немам број социјалног осигурања".** (Видите изјаву на полеђини ове странице.)

Потврђујем (кунем се) да су све информације на овој молби тачне и да су пријављени сви приходи. Јасно ми је да ће школа добити Федерална финансијска средства на основу информација које сам дао-ла. Јасно ми је да радници школе могу проверити (испитати) информације. Јасно ми је да ако намерно дам нетачне информације, моје дете може изгубити бенефиције у храни, а против мене се може подићи тужба.

Овде се потпишите: _____ Име и презиме штампаним словима: _____

Датум: _____

Адреса:_____ Број телефона:_____

Град: _____ Држава: _____ Поштански број: _____

Задња четири броја вашег социјалног осигурања: * * * - * * - __ __ __ __ ❑ Немам број социјалног осигурања

ДЕО 6. ЕТНИЧКА И РАСНА ПРИПАДНОСТ ДЕЦЕ (НЕОБАВЕЗНО)

Изаберите једну етничку припадност:	*Означите једну или више расних припадности (без обзира на етничку припадност):*		
❑ Јужноамериканац / Латино	❑ Азијат	❑ Индијанац или родом са Аљаске	❑ Црнац или Афроамериканац
❑ Није Јужноамериканац / Латино	❑ Белац	❑ Рођени Хавајчанин или са неког другог пацифичког острва	

НЕМОЈТЕ ИСПУЊАВАТИ ОВАЈ ДЕО. ОВАЈ ДЕО ЋЕ ИСПУНИТИ ШКОЛА.

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

Total Income: _____ Per: ❑ Week, ❑ Every 2 Weeks, ❑ Twice A Month, ❑ Month, ❑ Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___

Reason: _____

Temporary: Free____ Reduced____ Time Period: _____ (expires after ____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____Date: _____

Ваше дете може се квалификовати за добијање бесплатних или јефтинијих оброка ако су приходи вашег домаћинства унутар или испод граница прихода за квалификацију које се налазе у овој табели.

ТАБЕЛА ЗА ИСПУЊАВАЊЕ ФЕДЕРАЛНИХ УСЛОВА У ВЕЗИ СА ПРИХОДИМА Школска година _____			
Величина домаћинства	Годишње	Месечно	Седмично
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
За све додатне особе:			

Информације на овој молби се траже у складу са Националним законом о школским оброцима Ричард Б. Расел. Не морате дати информације, али ако их не дате, не можемо вашем детету одобрити бесплатне или јефтиније оброке. Морате унети четири задња броја социјалног осигурања које има пунолетни члан домаћинства који се потписао на молби. Задња четири броја социјалног осигурања нису потребна када подносите молбу за дете у породичном скрбништву или када наведете број предмета у програмима „Supplemental Nutrition Assistance Program“ (SNAP), „Temporary Assistance for Needy Families“ (TANF) или „Food Distribution Program on Indian Reservations“ (FDPIR) или неки други индикатор FDPIR за ваше дете, или када напишете да пунолетни члан домаћинства који је потписао молбу нема број социјалног осигурања. Ваше информације ћемо користити да утврдимо испуњава ли ваше дете услове за добивање бесплатних или јефтинијих оброка, те за провођење и имплементацију програма исхране – ручка и доручка. Ваше информације у вези са испуњавањем услова МОЖЕМО доставити програмима за образовање, здравство и исхрану како би им помогли да изврше процену, финансирање или доношење одлуке о бенефицијама на основу њихових програма, ревизорима који врше ревизију програма и службеницима који проводе закон како би им помогли у извршењу њихових задатака утврђивања евентуалних прекршаја правила програма.

Изјава о недискриминацији: Ово је објашњење онога шта требате урадити ако се према вама нису понели на коректан начин. “У складу са Федералним законом и политиком Америчког министарства пољопривреде, ова установа не сме вршити дискриминацију на основу расне припадности, боје коже, националног порекла, полне припадности, старости или инвалидности. Ако желите уложити жалбу због дискриминације, обратите се USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 или назовите број за бесплатне позиве (866) 632-9992 (за разговор). Лица са отежаним слухом или говором могу контактирати USDA преко „Federal Relay Service“ (Федералних услуга преко релеја) на (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (на шпанском језику). USDA је праведан послодавац и пружа једнаке могућности свима.”

СЛАЊЕ ИНФОРМАЦИЈА „MEDICAID“-У / „SCHIP“-У

Драги родитељи / старатељи:

Ако ваша деца добијају бесплатне или јефтиније школске оброке, може се десити да су такође квалификована за добијање бесплатних или јефтинијих здравствених услуга од здравствених програма „Medicaid“ или „State Children's Health Insurance Program“ (SCHIP) (Државни програм здравственог осигурања за децу). Вероватније је да ће деца са здравственим осигурањем добити редовну здравствену негу и мање изостајати са наставе због болести.

Пошто што је здравствено осигурање веома важно за добробит деце, *закон нам отвара могућност да доставимо информације „Medicaid“-у и „SCHIP“-у о подобности ваше деце за добијање бесплатних или јефтинијих оброка,* ***осим ако нам ви не кажете да то не чинимо***. „Medicaid“ и „SCHIP“ само користе информације за идентификовање деце која се могу квалификовати за њихове програме. Службеници који раде у Програму могу ступити са вама у везу и понудити вам да у програм укључе и вашу децу. Ваша деца нису аутоматски квалификована или укључена у програм здравствене заштите само зато што сте попунили Молбу за добијање бесплатних и јефтинијих школских оброка.

Ако не желите да ваше информације пошаљемо „Medicaid“-у или „SCHIP-у, испуните образац који се налази испод овог текста и пошаљите га (ваше слање обрасца неће утицати на то да ли ће ваша деца добити бесплатне или јефтиније оброке или не).

❑ **Не! НЕ ЖЕЛИМ** да се моје информације на обрасцу Молбе за добијање бесплатних и јефтинијих школских оброка доставе „Medicaid“-у или „State Children's Health Insurance Program“ (Државном програму здравственог осигурања за децу).

Ако сте означили квадратић са „не“, испуните овај формулар како се информације у вези са доле наведеном децом НЕ би послале другим програмима:

Име и презиме детета: _____ Школа: _____

Име и презиме детета: _____ Школа: _____

Име и презиме детета: _____ Школа: _____

Име и презиме детета: _____ Школа: _____

Потпис родитеља / старатеља: _____ Датум: _____

Име и презиме штампаним словима: _____

Адреса: _____

_____

Ако желите добити више информација, можете назвати **[name]** на **[phone]** или послати имејл **[e-mail address].**

Овај формулар пошаљите назад: **[address]** до **[date].**

СЛАЊЕ ИНФОРМАЦИЈА ДРУГИМ ПРОГРАМИМА

Драги родитељи / старатељи:

Пошто вам желимо уштедети време и труд, информације које сте доставили на вашој Молби за добијање бесплатних и јефтинијих школских оброка можемо послати и другим програмима чије услове ваше дете испуњава. За следеће програме морамо имати вашу дозволу да им пошаљемо информације. Слање овог формулара неће утицати на то хоће ли ваше дете добити бесплатне или јефтиније оброке или не.

- ❑ Да. **ЖЕЛИМ** да радници школе доставе информације са моје Молбе за добијање бесплатних и јефтинијих школских оброка **[name of program specific to your school]**.
- ❑ Да. **ЖЕЛИМ** да радници школе доставе информације са моје Молбе за добијање бесплатних и јефтинијих школских оброка **[name of program specific to your school]**.
- ❑ Да. **ЖЕЛИМ** да радници школе доставе информације са моје Молбе за добијање бесплатних и јефтинијих школских оброка **[name of program specific to your school]**.

Ако сте у било којем горњем квадратићу означили "да", испуните формулар испод овог текста како би сте обезбедили да се информације о детету (деци) које су доле наведене пошаљу. Ваше информације ће се послати само оним програмима које сте означили.

Име и презиме детета: _____ Школа: _____

Име и презиме детета: _____ Школа: _____

Име и презиме детета: _____ Школа: _____

Име и презиме детета: _____ Школа: _____

Потпис родитеља / старатеља: _____ Датум: _____

Име и презиме штампаним словима: _____

Адреса: _____

_____

Ако желите добити више информација, можете назвати **[name]** на **[phone]** или послати имејл **[e-mail address].**

Овај формулар пошаљите: **[address]** до **[date]**.

МОРАМО ПРОВЕРИТИ ВАШУ МОЛБУ

Морате послати информације које нам требају, или ступити у контакт са [name]до [date], или ће ваше дете (ваша деца) престати добијати бесплатне или јефтиније оброке.

Школа: _____ Датум: _____

Поштовани _____:

Радимо проверу ваше Молбе за добијање бесплатних или јефтинијих оброка. Наша је обавеза да ово урадимо у складу са federalnim законским одредбама, како би смо обезбедили да само деца која испуњавају услове добију бесплатне или јефтиније оброке. Морате нам послати информације као доказ да **[name(s) of child(ren)][is/are]** испуњава-ју услове.

Ако можете, пошаљите нам копије докумената, а не оригинале. Ако нам пошаљете оригинале, вратићемо вам их само ако то будете тражили.

1. АКО СТЕ ПРИМАЛИ БЕНЕФИЦИЈЕ ОД **[State SNAP], [State TANF]** ИЛИ **[FDPIR]** ПРИЛИКОМ ИЛИ БИЛО КАДА НАКОН ПОДНОШЕЊА МОЛБЕ ЗА БЕСПЛАТНЕ ИЛИ ЈЕФТИНИЈЕ ОБРОКЕ, ПОШАЉИТЕ НАМ КОПИЈУ ЈЕДНОГ ОД СЛЕДЕЋИХ ДОКУМЕНАТА:

- **[State SNAP]** или **[State TANF]** или **[FDPIR]** обавештење о добијању потврде на којем се виде датуми када је потврда добијена.
- писмо од **[State SNAP]** или **[State TANF]** или **[FDPIR]** на којем су написани датуми пријема потврде.
- не шаљите вашу EBT картицу.

2. АКО ОВО ПИСМО ДОБИЈЕТЕ ЗА ДЕТЕ КОЈЕ ЈЕ БЕСКУЋНИК, ДЕТЕ МИГРАНАТА ИЛИ ДЕТЕ КОЈЕ ЈЕ ПОБЕГЛО ОД КУЋЕ, МОЛИМО ВАС ДА ТРАЖИТЕ ПОМОЋ ОД **[school, homeless liaison, or migrant coordinator]**.

3. АКО ЈЕ ДЕТЕ У ВАШЕМ ПОРОДИЧНОМ СКРБНИШТВУ:
Доставите документацију у писменој форми која потврђује да је за дете законски одговорна агенција или суд, или доставите име и презиме и контакт-податке за особу из агенције или са суда која може потврдити да је дете у породичном скрбништву.

4. АКО НИКО ИЗ ВАШЕГ ДОМАЋИНСТВА НЕ ПРИМА БЕНЕФИЦИЈЕ **[State SNAP]** или **[State TANF]** или **[FDPIR]**:
Ову страницу пошаљите скупа са документима у које је унесен новчани износ који ваше домаћинство добива без обзира на изворе прихода. Из документације коју нам пошаљете мора се видети **име и презиме** особе која је добила приходе, **датуме** када их је примила, **који износ** је примљен и **колико често. Информације пошаљите: [address]**

У прихватљиву документацију спада:

У ВЕЗИ ПОСЛА: Платни одрезак или коверта на којој је види износ и како се често уплата прима, писмо од послодавца у којем је наведен износ бруто прихода и колико често се врши исплата, или, ако радите за властито предузеће или газдинство, документација о пословању, као што су главна рачуноводствена књига или пореске књиге.

СОЦИЈАЛНО ОСИГУРАЊЕ, ПЕНЗИЈА ИЛИ МИРОВИНА: Писмо о бенефицијама на основу старости од Уреда за социјално осигурање, потврда о примљеним бенефицијама, или обавештење о додели пензије.

НЕЗАПОСЛЕНОСТ, ИНВАЛИДИТЕТ, ИЛИ РАДНИЧКА КОМПЕНЗАЦИЈА: Обавештење о испуњавању услова од стране Државне службе за радничко осигурање, платни одрезак, или писмо од Службе за радничке компензације.

УПЛАТЕ ОД СОЦИЈАЛНЕ ПОМОЋИ: Писмо о добијању бенефиција од Уреда **[State TANF]**.

АЛИМЕНТАЦИЈА ЗА ДЕЦУ ИЛИ СУПРУЖНИЧКО ИЗДРЖАВАЊЕ: Одлука суда, уговор или копије примљених чекова.

ОСТАЛИ ПРИХОДИ (КАО ШТО СУ ПРИХОДИ ОД НАЈМА): Информације које показују износ примљених прихода, учесталост и датум када су примљени.

БЕЗ ПРИХОДА: Кратко обавештење с објашњењем како свом домаћинству обезбеђујете храну, одећу и смештај и када очекујете да ћете примити приходе.

ИНИЦИЈАТИВА ЗА ПРИВАТИЗАЦИЈУ ВОЈНИХ СТАНОВА: Писмо или уговор о изнајмљивању из којег се види да је ваше место где станујете део Иницијативе за приватизацију војног смештаја.

ВРЕМЕНСКИ РОК ДО КАДА ЋЕ СЕ ПРИМАТИ ПРИХВАТЉИВА ДОКУМЕНТАЦИЈА О ПРИХОДИМА: Молимо вас да доставите доказ о приходима за један месец; можете се позвати на месец пре подношења молбе, месец када сте поднели молбу или месец након тога.

Ако имате још питања или вам треба помоћ, назовите **[name][phone number]**. Позиви су бесплатни. **[Toll free or reverse charge explanation]**. Такође нам можете послати имејл **[e-mail address]**.

Срдачни поздрави,

[signature]

Информације на овој молби се траже у складу са Националним законом о школским оброцима Ричард Б. Расел. Не морате дати информације, али ако их не дате, не можемо вашем детету одобрити бесплатне или јефтиније оброке. Ваше информације ћемо користити за утврђивање да ли ваше дете испуњава услове за добијање бесплатних или јефтинијих оброка, као и за провођење и имплементацију програма исхране - ручка и доручка.

Изјава о недискриминацији: Ово је објашњење онога шта требате урадити ако се према вама нису понели на коректан начин. "У складу са Федералним законом и политиком Америчког министарства пољопривреде, ова установа не сме вршити дискриминацију на основу расне припадности, боје коже, националног порекла, полне припадности, старости или инвалидности. Ако желите уложити жалбу због дискриминације, обратите се USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 или назовите број за бесплатне позиве (866) 632-9992 (за разговор). Лица са отежаним слухом или говором могу контактирати USDA преко „Federal Relay Service" (Федералних услуга преко релеја) на (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (на шпанском језику). USDA је праведан послодавац и пружа једнаке могућности свима."

ПРОВЕРИЛИ СМО ВАШУ МОЛБУ

Школа: _____ Датум: _____

Поштовани _____:

Проверили смо информације које сте нам послали као доказ да **[name(s) of child(ren)]** испуњава-ју услове за добијање бесплатних или јефтинијих оброка и донели следећу одлуку:

- ❑ квалификација вашег детета (ваше деце) се није променила.
- ❑ почевши од **[date]**, квалификација вашег детета (деце) за добијање оброка ће се променити **са јефтинијих у бесплатне** пошто су ваши приходи унутар граница квалификације за добијање бесплатних оброка. Ваше дете (ваша деца) ће добијати оброке бесплатно.
- ❑ почевши од **[date]**, квалификација вашег детета (ваше деце) за добијање оброка ће се променити **са бесплатних у јефтиније** јер су ваши приходи прешли границе квалификовања за добијање бесплатних оброка. Јефтинији оброци коштају **[$]** доручак и **[$]** ручак.
- ❑ почевши од **[date]**, **ваше дете (ваша деца) није више квалификовано (нису више квалификована)** за добијање бесплатних или јефтинијих оброка из следећих разлога:
  - ___ у евиденцији пише да нико у вашем домаћинству није добио бенефиције **[State SNAP]** или **[State TANF]**.
  - ___ према евиденцији, дете (деца) није (нису) бескућник-ци, побегли од куће или деца миграната.
  - ___ ваши приходи прелазе границу квалификације за добијање бесплатних или јефтинијих оброка.
  - ___ нисте доставили: _____
  - ___ нисте одговорили на наш захтев.

Оброци коштају: **[$]** ручак и **[$]** доручак. Ако се приходи вашег домаћинства смање или се број чланова вашег домаћинства повећа, можете поново поднети молбу. Ако је ваша молба за добијање бенефиција раније била одбијена јер нико у вашем домаћинству није примао бенефиције на основу програма **[State SNAP]**, **[State TANF]** или **[FDPIR]**, можете поново поднети молбу за квалификацију на основу прихода. Ако нисте доставили доказ о садашњој квалификацији за програм, од вас ће се тражити да то урадите ако поново поднесете молбу.

Ако се не слажете са овом одлуком, можете о њој поразговарати са **[name]** ако назовете **[phone]**. Такође имате право на праведно саслушање. Ако будете тражили да се саслушање одржи до [**date]**, ваше дете (деца) ће наставити добијати бесплатне или јефтиније оброке све док особа која треба донети одлуку то и не учини. Такође можете тражити саслушање ако назовете или се у писменој форми обратите на следећу адресу: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, или **[e-mail].**

Срдачни поздрави,

[signature]

Изјава о недискриминацији: Ово је објашњење онога шта требате урадити ако се према вама нису понели на коректан начин. "У складу са Федералним законом и политиком Америчког министарства пољопривреде, ова установа не сме вршити дискриминацију на основу расне припадности, боје коже, националног порекла, полне припадности, старости или инвалидности. Ако желите уложити жалбу због дискриминације, обратите се USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 или назовите број за бесплатне позиве (866) 632-9992 (за разговор). Лица са отежаним слухом или говором могу контактирати USDA преко „Federal Relay Service" (Федералних услуга преко релеја) на (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (на шпанском језику). USDA је праведан послодавац и пружа једнаке могућности свима."

ОБАВЕШТЕЊЕ ДОМАЋИНСТВИМА О ДОБИЈЕНОМ ОДОБРЕЊУ / ОДБИЈЕНИЦИ ТРАЖЕНИХ БЕНЕФИЦИЈА

Драги родитељи / старатељи:

Поднели сте молбу за добијање бесплатних или јефтинијих оброка за ову децу;

_____ _____
_____ _____
_____ _____

Ваша молба је:

- ❑ одобрена за добијање бесплатних оброка
- ❑ одобрена за добијање јефтинијих оброка по цени од $ _____ за ручак, $ _____ за доручак и $ _____ за ужину
- ❑ одбијена из следећих разлога:
  - ❑ прихода који су већи од дозвољеног износа
  - ❑ непотпуне молбе јер_____
  - ❑ из других разлога _____

Ако се не слажете са одлуком, о томе можете поразговарати са **[school official's name]** ако назовете **[phone number]** или пошаљете имејл **[e-mail address]**. Ако желите да се одлука у будућности поново размотри, имате право на одржавање праведног саслушања. То можете остварити ако назовете или се у писменој форми обратите следећем службенику:

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ: _____

АДРЕСА: _____

БРОЈ ТЕЛЕФОНА: _____ ИМЕЈЛ _____

Срдачни поздрави,

[signature]

_____

Име и презиме Занимање Датум

Изјава о недискриминацији: Ово је објашњење онога шта требате урадити ако се према вама нису понели на коректан начин. "У складу са Федералним законом и политиком Америчког министарства пољопривреде, ова установа не сме вршити дискриминацију на основу расне припадности, боје коже, националног порекла, полне припадности, старости или инвалидности. Ако желите уложити жалбу због дискриминације, обратите се USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 или назовите број за бесплатне позиве (866) 632-9992 (за разговор). Лица са отежаним слухом или говором могу контактирати USDA преко „Federal Relay Service" (Федералних услуга преко релеја) на (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (на шпанском језику). USDA је праведан послодавац и пружа једнаке могућности свима."

ОБАВЕШТЕЊЕ О ДОБИЈАЊУ ДИРЕКТНЕ ПОТВРДЕ

Драги родитељи / старатељи,

Желимо вас обавестити да ће доле наведена деца добијати бесплатан ручак, доручак и ужину у школи зато што добијају **[State SNAP]** или **[State TANF]**.

Име и презиме детета	Назив школе

Ако у вашем домаћинству живи још деце која нису горе наведена, ***и она су квалификована за добијање бесплатних оброка.***

Молимо вас да ступите у контакт са школом коју ваше дете похађа (ваша деца похађају) ако:

- у вашем домаћинству живе и друга деца која горе нису наведена, а желели би сте да и она добијају бесплатне оброке у школи
- не желите да ваша деца добијају бесплатне оброке
- имате додатних питања

[name]

[phone number]

[e-mail address]

Срдачни поздрави,

[signature]

Изјава о недискриминацији: Ово је објашњење онога шта требате урадити ако се према вама нису понели на коректан начин. “У складу са Федералним законом и политиком Америчког министарства пољопривреде, ова установа не сме вршити дискриминацију на основу расне припадности, боје коже, националног порекла, полне припадности, старости или инвалидности. Ако желите уложити жалбу због дискриминације, обратите се USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 или назовите број за бесплатне позиве (866) 632-9992 (за разговор). Лица са отежаним слухом или говором могу контактирати USDA преко „Federal Relay Service“ (Федералних услуга преко релеја) на (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (на шпанском језику). USDA је праведан послодавац и пружа једнаке могућности свима.”