FORMULARZE WNIOSKU I WERYFIKACJI DOTYCZĄCE POSIŁKÓW SZKOLNYCH, BEZPŁATNYCH I PO OBNIŻONEJ CENIE

ROK SZKOLNY_____ - ____

INSTRUKCJE DLA OKRĘGÓW SZKOLNYCH

Niniejszy pakiet zawiera prototypy formularzy:

Wymagane informacje, które *muszą* być dostarczone gospodarstwom domowym:

- List do gospodarstw domowych
- Wniosek o posiłki szkolne, bezpłatne i po obniżonej cenie
- Zawiadomienie gospodarstw domowych o przyznaniu/odmowie świadczeń[1] (zawiadomienie wymagane jest w przypadku odmowy świadczeń)

Wymagane informacje dla gospodarstw domowych wybranych do weryfikacji informacji w materiałach świadczących o uprawnieniu:

- Zawiadomienie o wyborze do weryfikacji kwalifikowalności
- List z wynikami weryfikacji

Opcjonalne informacje związane z aplikacją, które *mogą* być dostarczone gospodarstwom domowym:

- Udostępnianie informacji Medicaid/SCHIP
- Udostępnianie informacji innym programom
- Zawiadomienie gospodarstw domowych o przyznaniu/odmowie świadczeń[1] (zawiadomienie jest opcjonalne w przypadku zatwierdzenia gospodarstwa domowego)
- Powiadomienie o bezpośrednim poświadczeniu

Strony te są zaprojektowane do druku na papierze 8½" na 11". Niektóre ze stron mogą być drukowane dwustronnie. Konieczne będzie określenie świadczeń, które są oferowane w Pana(-i) szkole, takie jak przekąski po lunchu. **Pola [bold, bracketed fields]** wskazują gdzie należy wstawić informacje właściwe dla określonego okręgu szkolnego. Na przykład, należy zamieścić bezpłatny numer telefonu, pod który można dzwonić w sprawie pomocy przy weryfikacji materiałów weryfikacyjnych. Jeśli materiały te nie zostały zmodyfikowane w celu zawarcia właściwej dla Pana(-i) stanu nazwy programu Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (pol. Program Pomocy Żywnościowej),

[1]Wszystkie gospodarstwa domowe muszą zostać poinformowane o swoim statusie kwalifikowalności. Gospodarstwa domowe, z których dzieciom odmówiono świadczeń muszą otrzymać pisemne powiadomienie o odrzuceniu wniosku. Powiadomienie musi zawierać przyczyny odrzucenia wniosku o świadczenia, informować o prawie do odwołania się, podać informacje na temat sposobu odwołania się, a także zawierać stwierdzenie, że rodzina może w dowolnej chwili w ciągu całego roku szkolnego ponownie złożyć wniosek o posiłki bezpłatne lub w obniżonej cenie. Gospodarstwa domowe, których wnioski o posiłki dla dzieci bezpłatne lub w obniżonej cenie zostały zatwierdzone mogą zostać o tym poinformowane w formie pisemnej lub ustnej.

wcześniej znanego jako Food Stamp Program (pol. Program Talonów Żywnościowych), Temporary Assistance to Needy Families (TANF) (pol. Tymczasowej Pomocy dla Rodzin Ubogich), State Children's Health Insurance Program (SCHIP) (pol. Stanowego Programu Ubezpieczenia Zdrowotnego Dzieci) lub, jeśli ma zastosowanie, dodania programu Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) (pol. Program Dystrybucji Pożywienia w Rezerwatach Indiańskich), należy wstawić odpowiednie informacje. Ten prototypowy pakiet aplikacyjny zawiera informacje dotyczące wyłączenia dodatku mieszkaniowego w przypadku osób uczestniczących w Military Housing Privatization Initiative (pol. Inicjatywie prywatyzacji mieszkań wojskowych). Jeśli nie odnosi się to do Pana(-i) okręgu szkolnego, proszę odpowiednio zmodyfikować.
Agencja stanowa może wymagać przedłożenia swojego pakietu aplikacyjnego do zatwierdzenia. W przypadku pytań proszę kontaktować się z:

[State agency address]

[INSERT SCHOOL DISTRICT LETTERHEAD]

Szanowny rodzicu/opiekunie:

Aby efektywnie uczyć się, dzieci potrzebują zdrowych posiłków. **[Name of School]** oferuje zdrowe posiłki każdego dnia w szkole. Śniadanie kosztuje **[$]**; lunch kosztuje **[$]**. Pana(-i) dzieci mogą zakwalifikować się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie. Cena obniżona wynosi **[$]** za śniadanie i **[$]** za lunch.

1. CZY MUSZĘ WYPEŁNIAĆ WNIOSEK DLA KAŻDEGO DZIECKA? Nie. Wniosek należy wypełnić, aby móc ubiegać się o posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie. *Dla wszystkich uczniów w Pana(-i) gospodarstwie domowym należy wypełnić jeden wniosek o posiłki szkolne, bezpłatne i po obniżonej cenie.* Nie możemy zatwierdzić wniosku, który jest niepełny, należy więc dokładnie sprawdzić, czy we wniosku podano wszystkie wymagane informacje. Wypełniony wniosek należy zwrócić do: **[name, address, phone number]**.

2. KTO MOŻE OTRZYMYWAĆ BEZPŁATNE POSIŁKI? Bezpłatne posiłki, bez względu na dochód, mogą otrzymać wszystkie dzieci z gospodarstw domowych otrzymujących świadczenia z **[State SNAP]**, **[the Food Distribution Program on Indian Reservations]** lub **[State TANF]**. Pana(-i) dzieci mogą również otrzymywać bezpłatne posiłki jeśli dochód brutto na gospodarstwo domowe mieści się w granicach kwalifikujących do darmowych posiłków, według federalnych wytycznych o dochodzie.

3. CZY PRZYBRANE DZIECI MOGĄ OTRZYMYWAĆ BEZPŁATNE POSIŁKI? Tak, przybrane dzieci, za które odpowiedzialność prawną ponosi agencja opieki zastępczej lub sąd, kwalifikują się do otrzymywania bezpłatnych posiłków. Przybrane dzieci żyjące w danym gospodarstwie domowym kwalifikują się do otrzymywania bezpłatnych posiłków, bez względu na dochody.

4. CZY DZIECI BEZDOMNE, UCHODŹCY I EMIGRANCI MOGĄ OTRZYMYWAĆ BEZPŁATNE POSIŁKI? Tak, dzieci spełniające definicję bezdomnych, uchodźców lub emigrantów kwalifikują się do bezpłatnych posiłków. Jeśli nie został(a) Pan(i) poinformowany(-a) o tym, że dzieci będą otrzymywały bezpłatne posiłki, proszę zadzwonić lub wysłać e-mail do **[school, homeless liaison or migrant coordinator information]**, aby dowiedzieć się czy Pana(-i) dzieci mogą się zakwalifikować.

5. KTO MOŻE OTRZYMYWAĆ POSIŁKI PO OBNIŻONEJ CENIE? Pana(-i) dzieci mogą otrzymywać posiłki po obniżonej cenie jeśli dochód na gospodarstwo domowe mieści się w granicach kwalifikujących do posiłków po obniżonej cenie, według federalnej tabeli dochodów, przedstawionej w tym wniosku.

6. CZY POWINIENEM WYPEŁNIĆ WNIOSEK JEŚLI OTRZYMAŁEM W TYM ROKU SZKOLNYM LIST INFORMUJĄCY O TYM, IŻ MOJE DZIECI ZOSTAŁY ZAKWALIFIKOWANE DO OTRZYMYWANIA BEZPŁATNYCH POSIŁKÓW? Proszę uważnie przeczytać otrzymany list i postępować zgodnie z następującymi instrukcjami. W przypadku pytań proszę zadzwonić do szkoły pod **[phone number]**.

7. W ZESZŁYM ROKU WNIOSEK MOJEGO DZIECKA ZOSTAŁ ZATWIERDZONY. CZY MUSZĘ WYPEŁNIĆ KOLEJNY WNIOSEK? Tak. Wniosek dotyczy tylko zeszłego roku szkolnego i obowiązuje również przez kilka pierwszych dni tego roku szkolnego. Musi Pan(i) wysłać nowy wniosek, o ile szkoła nie poinformowała, że Pana(-i) dziecko kwalifikuje się do programu w nowym roku szkolnym.

8. OTRZYMUJĘ WIC. CZY MOJE DZIECKO/DZIECI MOGĄ OTRZYMYWAĆ BEZPŁATNE POSIŁKI? Dzieci z rodzin biorących udział w WIC mogą kwalifikować się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub w obniżonej cenie. Proszę wypełnić wniosek.

9. CZY INFORMACJE, KTÓRE PODAJĘ BĘDĄ SPRAWDZANE? Tak, możemy również poprosić Pana(-ią) o wysłanie pisemnego potwierdzenia informacji.

10. JEŚLI NIE ZAKWALIFIKUJĘ SIĘ TERAZ, CZY MOGĘ ZŁOŻYĆ WNIOSEK PÓŹNIEJ? Tak, wniosek można złożyć ponownie w dowolnej chwili w trakcie roku szkolnego. Na przykład dzieci, których rodzic lub opiekun stracił pracę mogą zakwalifikować się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie, jeśli dochód w gospodarstwie domowym spadnie poniżej pewnej granicy.

11. CO SIĘ STANIE JEŚLI NIE ZGODZĘ SIĘ Z DECYZJĄ SZKOŁY W SPRAWIE MEGO WNIOSKU? Powinien Pan(i) porozmawiać z przedstawicielami szkoły. Można również poprosić o rozmowę dzwoniąc lub pisząc do: **[name, address, phone number, e-mail]**.

12. CZY MOGĘ ZŁOŻYĆ WNIOSEK JEŚLI KTOŚ W MOJEJ RODZINIE NIE MA OBYWATELSTWA USA? Tak. Pan(i) lub Pana(-i) dziecko/dzieci nie musicie być obywatelami USA, aby zakwalifikować się do posiłków bezpłatnych lub w obniżonej cenie.

13. KOGO POWINIENEM ZALICZYĆ DO CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO? Należy włączyć wszystkie osoby mieszkające w Pana(-i) gospodarstwie domowym, spokrewnione lub nie (takie jak dziadkowie, inni krewni lub przyjaciele), dzielące się dochodami i wydatkami. Należy włączyć siebie i wszystkie dzieci mieszkające z Panem(-ią). Jeśli mieszka Pan(i) z innymi osobami, które są niezależne ekonomicznie (na przykład osoby, które nie są na Pana(-i) utrzymaniu, które nie dzielą się dochodami z Panem(-ią) lub Pana(-i) dziećmi oraz które opłacają proporcjonalną część wydatków), proszę nie włączać ich jako członków gospodarstwa domowego.

14. CO W PRZYPADKU GDY MÓJ DOCHÓD NIE ZAWSZE JEST TAKI SAM? Proszę podać kwotę, którą zwykle Pan(i) otrzymuje. Na przykład: jeśli zwykle otrzymuje Pan(i) miesięcznie 1000 USD, ale w ostatnim miesiącu opuścił Pan(i) kilka dni i zarobił(a) tylko 900 USD, proszę wpisać, że miesięcznie otrzymuje Pan(i) 1000 USD. Jeśli zwykle ma Pan(i) nadgodziny, proszę je włączyć, jeśli jednak zdarza się to tylko czasami proszę ich nie podawać. Jeśli stracił(a) Pan(i) pracę lub zmniejszyła się Pana(-i) godziny pracy lub zarobki, proszę podać obecny dochód.

15. NALEŻYMY DO SŁUŻB WOJSKOWYCH, CZY WŁĄCZAMY NASZ DODATEK MIESZKANIOWY DO DOCHODU? Jeśli otrzymuje Pan(i) dodatek za mieszkanie poza bazą, należy go uwzględnić jako dochód. Jeśli jednak Pana(i) mieszkanie jest częścią Military Housing Privatization Initiative (pol. inicjatywy prywatyzacji mieszkań wojskowych), nie należy włączać dodatku mieszkaniowego jako dochodu.

16. MOJA MAŁŻONKA PRZEBYWA W STREFIE WALKI. CZY JEJ DODATEK BOJOWY WLICZA SIĘ DO DOCHODU? Nie, jeśli dodatek bojowy jest przyznawany oprócz płacy podstawowej związanej z jej rozlokowaniem i nie otrzymywała go przed wysłaniem do strefy bojowej, nie należy go wliczać do dochodu. Proszę skontaktować się ze szkołą, aby uzyskać więcej informacji.

17. MOJA RODZINA POTRZEBUJE WIĘKSZEJ POMOCY. CZY ISTNIEJĄ INNE PROGRAMY, Z KTÓRYCH MOŻEMY SKORZYSTAĆ? Aby dowiedzieć się o możliwościach ubiegania się o świadczenia w ramach programu **[State SNAP]** lub inne świadczenia, proszę skontaktować się z lokalnym urzędem pomocy społecznej lub zadzwonić pod numer **[State hotline number]**.

Jeśli ma Pan(i) inne pytania lub potrzebuje pomocy, proszę zadzwonić pod numer **[phone number]**.

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

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

Z poważaniem,

[signature]

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE SKŁADANIA WNIOSKU

CZŁONEK GOSPODARSTWA DOMOWEGO TO KAŻDE DZIECKO LUB OSOBA DOROSŁA, KTÓRA Z PANEM(-IĄ) MIESZKA.

JEŚLI PANA(-I) GOSPODARSTWO DOMOWE KORZYSTA ZE ŚWIADCZEŃ **[State SNAP]** LUB **[State TANF] [OR THE FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)]**, PROSZĘ POSTĘPOWAĆ ZGODNIE Z PONIŻSZYMI INSTRUKCJAMI:

Część 1: Proszę wymienić wszystkich członków gospodarstwa domowego i podać nazwę szkoły każdego dziecka.
Część 2: Proszę podać numer sprawy dla każdego członka gospodarstwa domowego (w tym osób dorosłych) otrzymującego świadczenia z **[State SNAP]** lub **[State TANF]** lub **[FDPIR]**.
Część 3: Proszę pominąć tę część.
Część 4: Proszę pominąć tę część.
Część 5: Proszę podpisać formularz. Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego **nie** są konieczne.
Część 6: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

JEŚLI NIKT W PANA(-I) GOSPODARSTWO DOMOWYM NIE KORZYSTA ZE ŚWIADCZEŃ **[State SNAP]** LUB **[State TANF]** I JEŚLI KTÓREŚ Z DZIECI W GOSPODARSTWIE DOMOWYM JEST DZIECKIEM BEZDOMNYM, EMIGRANTEM LUB UCHODŹCĄ, PROSZĘ POSTĘPOWAĆ ZGODNIE Z PONIŻSZYMI INSTRUKCJAMI:

Część 1: Proszę wymienić wszystkich członków gospodarstwa domowego i podać nazwę szkoły każdego dziecka.
Część 2: Proszę pominąć tę część.
Część 3: Jeśli dziecko, w którego imieniu składa Pan(i) wniosek, jest bezdomne, emigrantem lub uchodźcą, proszę zaznaczyć odpowiednią rubrykę i zadzwonić do **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**.
Część 4: Proszę wypełnić tylko w przypadku, gdy dziecko w Pana(-i) gospodarstwie domowym nie jest uprawnione zgodnie z Częścią 3. Proszę zapoznać się z instrukcjami dla Wszystkich pozostałych gospodarstw domowych.
Część 5: Proszę podpisać formularz. Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego nie są konieczne, jeśli nie musiał(a) Pan(i) wypełniać Części 4.
Część 6: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

JEŚLI SKŁADA PAN(I) WNIOSEK DLA DZIECKA PRZYBRANEGO, PROSZĘ POSTĘPOWAĆ ZGODNIE Z PONIŻSZYMI INSTRUKCJAMI:

Jeśli wszystkie dzieci w gospodarstwie domowym są dziećmi przybranymi:
Część 1: Proszę wymienić wszystkie przybrane dzieci i podać nazwę szkoły każdego dziecka. Proszę zaznaczyć pole wskazujące, że jest to dziecko przybrane.
Część 2: Proszę pominąć tę część.
Część 3: Proszę pominąć tę część.
Część 4: Proszę pominąć tę część.
Część 5: Proszę podpisać formularz. Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego **nie** są konieczne.
Część 6: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

Jeśli część dzieci w gospodarstwie domowym stanowią dzieci przybrane:
Część 1: Proszę wymienić wszystkich członków gospodarstwa domowego i podać nazwę szkoły każdego dziecka. Dla każdej osoby, łącznie z dziećmi, która nie posiada dochodu, należy zaznaczyć rubrykę „Brak dochodu". Proszę zaznaczyć tę rubrykę, jeśli jest to dziecko przybrane.
Część 2: Proszę pominąć tę część, jeśli gospodarstwo domowe nie posiada numeru sprawy.
Część 3: Jeśli dziecko, w którego imieniu składa Pan(i) wniosek, jest bezdomne, emigrantem lub uchodźcą, proszę zaznaczyć odpowiednią rubrykę i zadzwonić do **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**. Jeśli nie, proszę pominąć tę część.

Część 4: Proszę postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami, aby podać całkowity dochód gospodarstwa domowego z tego lub z ostatniego miesiąca.

- **Rubryka 1 – Imię i nazwisko:** Proszę wymienić wszystkich członków gospodarstwa domowego posiadających dochody.
- **Rubryka 2 – Dochód brutto i jak często był otrzymywany:** Dla każdego członka gospodarstwa domowego, proszę podać rodzaj dochodu otrzymanego za dany miesiąc. Należy określić jak często osoba otrzymywała te pieniądze - tygodniowo, co drugi tydzień, dwa razy w miesiącu lub miesięcznie. W przypadku zarobków proszę podać **dochód brutto,** a nie kwotę otrzymywaną na rękę. Dochód brutto to zarobiona kwota, *przed* opodatkowaniem i innymi potrąceniami. Kwota ta powinna być wymieniona na odcinku wypłaty, lub może ją podać Pana(-i) szef. W przypadku pozostałych dochodów, proszę wymienić wszystkie sumy jakie w danym miesiącu każda osoba otrzymała w formie pomocy społecznej, dodatków na dzieci, alimentów, emerytury, ubezpieczenia społecznego, dodatkowej zapomogi rządowej (SSI), świadczeń dla weteranów (świadczeń VA) oraz świadczeń z tytułu niezdolności do pracy. W rubryce *Wszystkie pozostałe dochody*, proszę wpisać odszkodowania pracownicze, zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenia strajkowe, regularny wkład finansowy od osób, które nie mieszkają w Pana(-i) gospodarstwie domowym i wszystkie pozostałe dochody. Proszę nie włączać dochodu z SNAP, FDPIR, WIC, federalnych świadczeń na cele edukacyjne oraz dodatków dla rodzin zastępczych, otrzymywanych od agencji umieszczającej dzieci w rodzinach zastępczych. W przypadku osób TYLKO samozatrudnionych, w części *Zarobki z pracy*, proszę podać dochód po odliczeniu wydatków. Dotyczy to firmy, farmy lub nieruchomości na wynajem. Jeśli bierze Pan(i) udział w Military Privatized Housing Initiative (pol. inicjatywie prywatyzacji mieszkań wojskowych) lub otrzymuje dodatek bojowy, proszę nie włączać tych dodatków jako dochodu.

Część 5: Dorosły członek gospodarstwa domowego musi podpisać formularz i wpisać cztery ostatnie cyfry swojego numeru ubezpieczenia społecznego (lub zaznaczyć odpowiednią rubrykę, jeśli takiego nie posiada).

Część 6: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

WSZYSTKIE POZOSTAŁE GOSPODARSTWA DOMOWE, ŁĄCZNIE Z GOSPODARSTWAMI UCZESTNICZĄCYMI W PROGRAMIE WIC, PROSZĘ POSTĘPOWAĆ ZGODNIE Z PONIŻSZYMI INSTRUKCJAMI:

Część 1: Proszę wymienić wszystkich członków gospodarstwa domowego i podać nazwę szkoły każdego dziecka. Dla każdej osoby, łącznie z dziećmi, która nie posiada dochodu, należy zaznaczyć rubrykę „Brak dochodu".

Część 2: Proszę pominąć tę część, jeśli gospodarstwo domowe nie posiada numeru sprawy.

Część 3: Jeśli dziecko, w którego imieniu składa Pan(i) wniosek, jest bezdomne, emigrantem lub uchodźcą, proszę zaznaczyć odpowiednią rubrykę i zadzwonić do **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**.
Jeśli nie, proszę pominąć tę część.

Część 4: Proszę postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami, aby podać całkowity dochód gospodarstwa domowego z tego lub z ostatniego miesiąca.

- **Rubryka 1 – Imię i nazwisko:** Proszę wymienić wszystkich członków gospodarstwa domowego posiadających dochody.
- **Rubryka 2 – Dochód brutto i jak często był otrzymywany:** Dla każdego członka gospodarstwa domowego, proszę podać rodzaj dochodu otrzymanego za dany miesiąc. Należy określić jak często osoba otrzymywała te pieniądze - tygodniowo, co drugi tydzień, dwa razy w miesiącu lub miesięcznie. W przypadku zarobków proszę podać **dochód brutto,** a nie kwotę otrzymywaną na rękę. Dochód brutto to zarobiona kwota, *przed* opodatkowaniem i innymi potrąceniami. Kwota ta powinna być wymieniona na odcinku wypłaty, lub może ją podać Pana(-i) szef. W przypadku pozostałych dochodów, proszę wymienić wszystkie sumy jakie w danym miesiącu każda osoba otrzymała w formie pomocy społecznej, dodatków na dzieci, alimentów, emerytury, ubezpieczenia społecznego, dodatkowej zapomogi rządowej (SSI), świadczeń dla weteranów (świadczeń VA) oraz świadczeń z tytułu niezdolności do pracy. W rubryce *Wszystkie pozostałe dochody*, proszę wpisać odszkodowania pracownicze, zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenia strajkowe, regularny wkład finansowy od osób, które nie mieszkają w Pana(-i) gospodarstwie domowym i wszystkie pozostałe dochody. Proszę nie włączać dochodu z SNAP, FDPIR, WIC, federalnych świadczeń na cele edukacyjne oraz dodatków dla rodzin zastępczych, otrzymywanych od agencji umieszczającej dzieci w rodzinach zastępczych. W przypadku osób TYLKO samozatrudnionych, w części *Zarobki z pracy*, proszę podać dochód po odliczeniu wydatków. Dotyczy to firmy, gospodarstwa rolnego lub nieruchomości na wynajem. Proszę nie włączać dochodu ze SNAP, FDPIR, WIC lub federalnych świadczeń na cele edukacyjne. Jeśli bierze Pan(i) udział w Military Privatized Housing Initiative (pol. inicjatywie prywatyzacji mieszkań wojskowych) lub otrzymuje dodatek bojowy, proszę nie włączać tych dodatków jako dochodu.

Część 5: Dorosły członek gospodarstwa domowego musi podpisać formularz i wpisać cztery ostatnie cyfry swojego numeru ubezpieczenia społecznego (lub zaznaczyć odpowiednią rubrykę, jeśli takiego nie posiada).

Część 6: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

WNIOSEK RODZINNY O POSIŁKI SZKOLNE, BEZPŁATNE I PO OBNIŻONEJ CENIE

CZĘŚĆ 1. WSZYSCY CZŁONKOWIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Imiona i nazwiska wszystkich członków gospodarstwa domowego (pierwsze imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)	Nazwa szkoły każdego dziecka/lub wskazać „ND" jeśli dziecko nie chodzi do szkoły	Zaznaczyć w przypadku dziecka przybranego (odpowiedzialność prawna agencji opieki społecznej lub sądu) * Jeśli wszystkie wymienione poniżej dzieci są dziećmi przybranymi, proszę przejść do Części 5, aby podpisać formularz.	Zaznaczyć jeśli BRAK dochodu
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑
		❑	❑

Część 2. ŚWIADCZENIA

JEŚLI CZŁONEK GOSPODARSTWA DOMOWEGO KORZYSTA ZE ŚWIADCZEŃ , LUB , PROSZĘ PODAĆ IMIĘ I NAZWISKO ORAZ NUMER SPRAWY KAŻDEJ OSOBY, KTÓRA OTRZYMUJE ŚWIADCZENIA I **PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 5**. **JEŚLI NIKT NIE OTRZYMUJE TAKICH ŚWIADCZEŃ, PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 3.**

IMIĘ I NAZWISKO:_____ NUMER SPRAWY: _____

CZĘŚĆ 3. JEŚLI DZIECKO, W KTÓREGO IMIENIU SKŁADA PAN(I) WNIOSEK JEST BEZDOMNE, EMIGRANTEM LUB UCHODŹCĄ, PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIĄ RUBRYKĘ I ZADZWONIĆ DO
BEZDOMNY ❑ EMIGRANT ❑ UCHODŹCA ❑

CZĘŚĆ 4. CAŁKOWITY DOCHÓD GOSPODARSTWA DOMOWEGO BRUTTO. Proszę podać w jakiej wysokości i jak często.

1 . IMIĘ I NAZWISKO (Proszę wymienić tylko tych członków gospodarstwa domowego, którzy osiągają dochód)	2. DOCHÓD BRUTTO I JAK CZĘSTO BYŁ OTRZYMYWANY			
	Zarobki z pracy przed potrąceniami	Zasiłek społeczny, zapomoga na dziecko, alimenty	Emerytura, ubezpieczenie społeczne, świadczenia SSI, VA	Wszystkie pozostałe dochody
(Przykład) Jane Smith	199,99 USD/tygodniowo	149,99 USD/co drugi tydzień	99,99/miesięcznie	50,00 USD/miesięcznie
	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____
	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____
	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____
	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____
	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____
	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____	____USD/_____

CZĘŚĆ 5. PODPIS I CZTERY OSTATNIE CYFRY NUMERU UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (PODPISAĆ MUSZĄ SIĘ OSOBY DOROSŁE)

Każdy dorosły członek rodziny musi podpisać wniosek. **Jeśli wypełniona jest Część 4, osoba dorosła podpisująca formularz musi również wpisać cztery ostatnie cyfry swojego numeru ubezpieczenia społecznego lub zaznaczyć rubrykę „ Nie mam numeru ubezpieczenia społecznego".** (Zapoznaj się z oświadczeniem na odwrocie.)

Oświadczam (obiecuję), że wszystkie informacje zawarte w tym wniosku są prawdziwe i że podałem(-am) wszystkie dochody. Rozumiem, że szkoła otrzyma fundusze federalne w oparciu o informacje, które podaję. Rozumiem, że przedstawiciele szkoły mogą weryfikować (sprawdzać) podane informacje. Jestem świadomy(-a), że w przypadku celowego podania fałszywych informacji, moje dzieci mogą utracić świadczenia związane z posiłkami, a ja mogę zostać pozwany do sądu.

Miejsce na podpis: _____ Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Data: _____

Adres: _____ Numer telefonu: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego: * * * - * * - __ __ __ __ ❑ Nie mam numeru ubezpieczenia społecznego

CZĘŚĆ 6. TOŻSAMOŚĆ RASOWA I ETNICZNA DZIECI (OPCJONALNE)

Proszę wybrać jedną opcję etniczną:

❑ Osoba pochodzenia hiszpańskiego/latynoskiego

❑ Osoba innego pochodzenia niż hiszpańskie/latynoskie

Proszę wybrać jedną lub więcej (bez względu na pochodzenie etniczne):

❑ Azjata ❑ Indianin amerykański lub rodowity Alaskańczyk ❑ Czarny lub Afroamerykanin

❑ Biały ❑ Rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku

PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ TEJ CZĘŚCI. TYLKO DO WYKORZYSTANIA PRZEZ SZKOŁĘ.

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: _____

Pana(-i) dzieci mogą zakwalifikować się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie, jeśli dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego mieści się lub jest niższy niż granice podane w tej tabeli.

FEDERALNA TABELA DOCHODÓW DOTYCZĄCA KWALIFIKOWALNOŚCI na rok szkolny _____			
Wielkość gospodarstwa domowego	Roczny	Miesięczny	Tygodniowy
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Każda dodatkowa osoba:			

Informacje potrzebne do tego wniosku są wymagane na podstawie ustawy Richard B. Russell National School Lunch Act. Nie musi Pan(i) podawać tych informacji, jeśli jednak nie zrobi Pan(i) tego, nie będziemy mogli przyznać dziecku posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie. Należy podać cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego dorosłego członka gospodarstwa domowego, który podpisuje się pod tym wnioskiem. Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego nie są wymagane w sytuacji, gdy składa Pan(i) wniosek w imieniu dziecka przybranego lub jeśli poda Pan(i) numer sprawy dotyczącej Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program lub Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) lub inny numer identyfikacyjny FDPIR dla Pana(-i) dziecka lub jeśli wskaże Pan(i), że dorosły członek rodziny podpisujący wniosek, nie ma numeru ubezpieczenia społecznego. Podane informacje zostaną wykorzystane do podjęcia decyzji, czy Pana(-i) dziecko kwalifikuje się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie oraz do celów zarządzania i wprowadzania programu lunchu i śniadań. MOŻEMY udostępniać informacje o Pana(-i) kwalifikowalności programom edukacyjnym, zdrowotnym i żywieniowym, aby pomóc im ocenić, fundować lub określić świadczenia dla ich programów; audytorom do kontroli programów oraz organom egzekucyjnym, aby pomóc im w sprawdzaniu naruszeń zasad programu.

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić na bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse.”

UDOSTĘPNIANIE INFORMACJI MEDICAID/SCHIP

Szanowny rodzicu/opiekunie:

Jeśli Pana(-i) dzieci otrzymują posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie, mogą również otrzymać bezpłatne lub niedrogie ubezpieczenie zdrowotne poprzez Medicaid lub State Children's Health Insurance Program (pol. Stanowy program ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci) (SCHIP). Dzieci posiadające ubezpieczenia zdrowotne mają większe szanse na otrzymywanie regularnej opieki zdrowotnej i rzadziej opuszczają szkołę z powodu chorób.

Ponieważ ubezpieczenia zdrowotne jest tak istotne dla dobra dzieci, *prawo pozwala nam na poinformowanie Medicaid i SCHIP, że Pana(-i) dziecko kwalifikuje się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie,* ***chyba że zażąda Pan(i), abyśmy tego nie robili.*** Medicaid i SCHIP wykorzystują te informacje tylko do identyfikowania dzieci, które mogą kwalifikować się do ich programów. Przedstawiciele programów mogą skontaktować się z Panem(-ią), aby zaoferować rejestrację dziecka. Wypełnienie wniosku o posiłki szkolne, bezpłatne i po obniżonej cenie, nie rejestruje automatycznie Pana(-i) dzieci do ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeśli nie chce Pan(i), abyśmy udostępniali Pana(-i) informacje Medicaid lub SCHIP, proszę wypełnić poniższy formularz i wysłać go (Wysłanie tego formularza nie wpłynie na fakt otrzymywania przez Pana(-i) dzieci posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie).

❑ **Nie! NIE** chcę, aby informacje zawarte w moim Wniosku o posiłki szkolne, bezpłatne i po obniżonej cenie zostały udostępnione Medicaid lub State Children's Health Insurance Program (pol. Stanowemu programowi ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci).

Jeśli zaznaczył(a) Pan(i) NIE, proszę wypełnić poniższy formularz, aby mieć pewność, że informacje dotyczące wymienionego(-ych) poniżej dziecka(dzieci) NIE zostaną udostępnione:

Imię i nazwisko dziecka: _____ Szkoła: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____ Szkoła: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____ Szkoła: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____ Szkoła: _____

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data: _____

Nazwisko i imię drukiem: _____

Adres: _____

_____

Więcej informacji można uzyskać dzwoniąc do **[name]** pod numer **[phone]** lub wysyłając e-mail na adres **[e-mail address]**.

Formularz proszę zwrócić do: **[address]** do dnia **[date]**.

UDOSTĘPNIANIE INFORMACJI INNYM PROGRAMOM

Szanowny rodzicu/opiekunie:

Aby zaoszczędzić Panu(i) czasu i wysiłku, informacje, które podał(a) Pan(i) we Wniosku o posiłki szkolne, bezpłatne i po obniżonej cenie mogą być udostępnione innym programom, do których może zakwalifikować się Pana(-i) dziecko. W przypadku następujących programów musimy mieć Pana(-i) pozwolenie na udostępnianie informacji. Wysłanie tego formularza nie wpłynie na fakt otrzymywania przez Pana(-i) dziecko posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie.

- ❑ Tak! **CHCĘ,** aby przedstawiciele szkoły udostępniali informacje zawarte w moim Wniosku o posiłki szkolne, bezpłatne i po obniżonej cenie **[name of program specific to your school].**
- ❑ Tak! **CHCĘ,** aby przedstawiciele szkoły udostępniali informacje zawarte w moim Wniosku o posiłki szkolne, bezpłatne i po obniżonej cenie **[name of program specific to your school].**
- ❑ Tak! **CHCĘ,** aby przedstawiciele szkoły udostępniali informacje zawarte w moim Wniosku o posiłki szkolne, bezpłatne i po obniżonej cenie **[name of program specific to your school].**

Jeśli zaznaczył(a) Pan(i) TAK w dowolnej lub wszystkich powyższych rubrykach, proszę wypełnić poniższy formularz, aby mieć pewność, że informacje dotyczące wymienionego(-ych) poniżej dziecka(dzieci) zostaną udostępnione: Informacje, których Pan(i) udzielił(a) będą udostępniane tylko programom, które zostały zaznaczone.

Imię i nazwisko dziecka: _____ Szkoła: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____ Szkoła: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____ Szkoła: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____ Szkoła: _____

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data: _____

Nazwisko i imię drukiem: _____

Adres: _____

_____

Więcej informacji można uzyskać dzwoniąc do **[name]** pod numer **[phone]** lub wysyłając e-mail na adres **[e-mail address]**.

Formularz proszę zwrócić do: **[address]** do dnia **[date]**.

MUSIMY SPRAWDZIĆ PANA(-I) WNIOSEK

Musi wysłać Pan (i) potrzebne nam informacje lub skontaktować się z [name] do dnia [date], w przeciwnym razie Pana(-i) dzieci przestaną otrzymywać posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie.

Szkoła: _____ Data: _____

Szanowny _____:

Sprawdzamy Pana(-i) Wniosek o posiłki szkolne, bezpłatne i po obniżonej cenie. Robimy to zgodnie z wymaganiami prawa federalnego, aby upewnić się, że posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie otrzymują tylko dzieci do tego uprawnione. Proszę przesłać nam informacje potwierdzające, że **[name(s) of child(ren)][is/are]** uprawnione do programu.

Jeśli jest to możliwe, proszę wysłać kopie, nie oryginały. Jeśli jednak wyśle Pan(i) oryginały, zostaną one Panu(-i) odesłane tylko w sytuacji, gdy zażąda Pan(i) tego.

1. JEŚLI W CHWILI GDY SKŁADAŁ PAN(I) WNIOSEK O POSIŁKI BEZPŁATNE LUB PO OBNIŻONEJ CENIE, LUB W DOWOLNYM MOMENCIE OD TEGO CZASU, OTRZYMYWAŁ PAN(I) ŚWIADCZENIA od **[State SNAP]**, **[State TANF]** OR **[FDPIR]**, PROSZĘ WYSŁAĆ NAM KOPIĘ JEDNEGO Z PONIŻSZYCH DOKUMENTÓW:

- Zawiadomienie o przyznaniu **[State SNAP]** lub **[State TANF]** lub **[FDPIR]**, które zawiera daty przyznania.
- Pismo z biura **[State SNAP]** lub **[State TANF]** lub **[FDPIR]**, które zawiera daty przyznania.
- Proszę nie wysyłać swojej karty EBT.

2. JEŚLI OTRZYMAŁ(A) PAN(I) TAKIE PISMO DLA DZIECKA BEZDOMNEGO, EMIGRANTA LUB UCHODŹCY, PROSZĘ SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z **[**school, homeless liaison, or migrant coordinator**]**, ABY UZYSKAĆ POMOC.

3. JEŚLI DZIECKO JEST DZIECKIEM PRZYBRANYM:
Proszę dostarczyć pisemną dokumentację, potwierdzającą że prawną odpowiedzialność za dziecko ponoszą agencja lub sąd, lub podać imię i nazwisko oraz informacje kontaktowe do osoby w agencji lub sądzie, która będzie w stanie potwierdzić, że dziecko jest dzieckiem przybranym.

4. JEŚLI ŻADEN CZŁONEK GOSPODARSTWA DOMOWEGO NIE KORZYSTA ZE ŚWIADCZEŃ **[State SNAP]** lub **[State TANF]** lub **[FDPIR]**:

Proszę wysłać tę stronę razem z dokumentami, które pokazują sumę pieniędzy jaką otrzymuje Pana(-i) rodzina z każdego źródła dochodu. W wysyłanych dokumentach muszą znaleźć się **imię i nazwisko** osoby, która uzyskała dochód, **data** uzyskania dochodu, **wysokość** dochodu oraz **jak często uzyskiwany był dochód. Informacje należy wysłać na adres: [address]**

Do akceptowanych dokumentów należą:

PRACA: Odcinek wypłaty lub koperta, w której otrzymuje Pan(i) wypłatę, które pokazują sumę wypłaty i jak często ją Pan(i) otrzymuje; pismo od pracodawcy podające wynagrodzenie brutto i jak często jest wypłacane; lub jeśli prowadzi Pan(i) własną firmę - dokumenty świadczące o własnej działalności lub gospodarstwie rolnym, takie jak główna księga rachunkowa lub książki podatkowe.

UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE, EMERYTURA: Pismo o świadczeniach emerytalnych z ubezpieczenia społecznego, zaświadczenie o otrzymywanych świadczeniach lub zawiadomienie o przyznaniu emerytury.

REKOMPENSATY Z TYTUŁU BEZROBOCIA, NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB ODSZKODOWANIA PRACOWNICZE: Zawiadomienie o kwalifikowalności od stanowego urzędnika ds. bezpieczeństwa zatrudnienia, odcinek czeku lub pismo od Funduszu odszkodowań pracowniczych.

WYPŁATY Z TYTUŁU POMOCY SPOŁECZNEJ: Pismo o świadczeniach z biura **[State TANF]**.

ZAPOMOGA NA DZIECKO LUB ALIMENTY: Wyrok sądowy, umowa lub kopie otrzymywanych czeków.

POZOSTAŁE DOCHODY (TAKIE JAK DOCHÓD Z TYTUŁU WYNAJMU): Informacje przedstawiające sumę otrzymywanego dochodu, jak często jest otrzymywany i datę otrzymania.

BRAK DOCHODU: Krótka notatka informująca w jaki sposób zapewnia Pan(i) rodzinie pożywienie, ubrania i mieszkanie i kiedy spodziewa się Pan(i) jakiegoś dochodu.

INICJATYWA PRYWATYZACJI MIESZKAŃ WOJSKOWYCH: Pismo lub umowa o wynajmie, poświadczające, że Pana(-i) mieszkanie jest częścią Inicjatywy prywatyzacji mieszkań wojskowych.

RAMY CZASOWE DLA AKCEPTOWANYCH DOKUMENTÓW O DOCHODZIE: Proszę przedłożyć potwierdzenie dochodów za jeden miesiąc; mogą to być dochody za miesiąc przed złożeniem wniosku, za miesiąc w którym złożono wniosek lub dowolny następny miesiąc.

W przypadku pytań lub konieczności uzyskania pomocy, proszę zadzwonić do **[name]** pod numer **[phone number]**. Rozmowa jest bezpłatna. **[Toll free or reverse charge explanation]**. Można również przesłać e-mail na adres **[e-mail address]**.

Z poważaniem,

[signature]

Informacje potrzebne do tego wniosku są wymagane na podstawie ustawy Richard B. Russell National School Lunch Act. Nie musi Pan(i) podawać tych informacji, jeśli jednak nie zrobi Pan(i) tego, nie będziemy mogli przyznać dziecku posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie. Podane informacje zostaną wykorzystane do podjęcia decyzji, czy Pana(-i) dziecko kwalifikuje się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie oraz do celów zarządzania i wprowadzania programu lunchu i śniadań.

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić na bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse."

SPRAWDZILIŚMY PANA(-I) WNIOSEK

Szkoła: _____ Data: _____

Szanowny _____:

Sprawdziliśmy informacje, które nam Pan(i) wysłał(a), aby potwierdzić, że **[name(s) of child(ren)]** kwalifikuje(-ą) się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie i zdecydowaliśmy, że:

- ❑ Uprawnienia Pana(-i) dzieci nie uległy zmianie.
- ❑ Zaczynając od dnia **[date],** uprawnienia Pana(-i) dzieci do posiłków zostaną zmienione **z uprawnień upoważniających ich do posiłków po obniżonej cenie na uprawnienia do posiłków bezpłatnych,** ponieważ Pana(i) dochód mieści się w granicach uprawniających do posiłków bezpłatnych. Pana(-i) dzieci będą otrzymywały posiłki bez ponoszenia żadnych kosztów.
- ❑ Zaczynając od dnia **[date]**, uprawnienia Pana(i) dziecka(-ci) do posiłków zostaną zmienione **z uprawnień upoważniających do posiłków bezpłatnych na uprawnienia do posiłków po obniżonej cenie,** ponieważ Pana(-i) dochód przekracza limit. Posiłki po obniżonej cenie kosztują **[$]** za śniadanie i **[$]** za lunch.
- ❑ Zaczynając od dnia **[date]**, **Pana(-i) dziecko(-i) nie będzie/będą już uprawnione** do posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie, z następującego(-ych) powodu(-ów):

___ Na podstawie dokumentacji stwierdzono, że żadna osoba z Pana(-i) gospodarstwa domowego nie korzysta ze świadczeń **[State SNAP]** lub **[State TANF]**.

___ Dokumentacja pokazuje, że dziecko/dzieci nie są bezdomnymi, uchodźcami lub emigrantami.

___ Pana(-i) dochód przekracza limit uprawniający do posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie.

___ Nie dostarczył(a) Pan(i): _____

___ Nie odpowiedział(a) Pan(i) na naszą prośbę.

Ceny posiłków wynoszą **[$]** za lunch i **[$]** za śniadanie. Jeśli dochód w Pana(-i) gospodarstwie domowym zmniejszy się lub powiększy się wielkość gospodarstwa domowego, może Pan(i) powtórnie złożyć wniosek. Jeśli wcześniej odrzucono Pana(-i) wniosek o świadczenia, ponieważ nikt w Pana(-i) gospodarstwie domowym nie korzystał ze świadczeń **[State SNAP]**, **[State TANF]** lub **[FDPIR]**, może Pan(i) ponownie złożyć wniosek w oparciu o kwalifikujący dochód. Jeśli nie dostarczył(a) Pan(i) potwierdzenia obecnej kwalifikowalności, zostanie Pan(i) o to poproszony w chwili ponownego złożenia wniosku.

Jeśli nie zgadza się Pan(i) z tą decyzją, może Pan(i) przedyskutować to z **[name]** pod numerem telefonu **[phone].** Ma Pan(i) również prawo do przesłuchania administracyjnego. Jeśli poprosi Pan(i) o przesłuchanie do dnia **[date],** Pana(-i) dzieci będą nadal otrzymywały posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie, aż do czasu podjęcia przez urzędnika w czasie przesłuchania. O przesłuchanie można poprosić dzwoniąc lub pisząc do: **[name], [address], [phone number]** lub**[e-mail].**

Z poważaniem,

[signature]

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić na bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse."

ZAWIADOMIENIE GOSPODARSTW DOMOWYCH O PRZYZNANIU/ODMOWIE ŚWIADCZEŃ

Szanowny rodzicu/opiekunie:

Ubiegał(a) się Pan(i) o posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie dla następującego(-ych) dziecka(-i);

_____ _____
_____ _____
_____ _____

Pana(-i) wniosek został:

- ☐ Zatwierdzony odnośnie bezpłatnych posiłków
- ☐ Zatwierdzony odnośnie posiłków po obniżonej cenie - _____ USD za lunch, _____ USD za śniadanie i _____ USD za przekąski.
- ☐ Odrzucony z następującej(-ych) przyczyny/przyczyn:
  - ☐ Dochód przekraczający dozwoloną kwotę
  - ☐ Niepełny wniosek w związku z_____
  - ☐ Inne _____

Jeśli nie zgadza się Pan(i) z decyzją, może Pan(i) omówić ją z **[school official's name]** dzwoniąc pod numer **[phone number]** lub pisząc e-mail pod adres **[e-mail address]**. Jeśli chce Pan(i) dalszej rewizji decyzji, ma Pan(i) również prawo do przesłuchania administracyjnego. Można to zrobić dzwoniąc lub pisząc do następującego urzędnika:

IMIĘ I NAZWISKO: _____

ADRES: _____

NUMER TELEFONU: _____ E-MAIL _____

Z poważaniem,

[signature]

_____

Imię i nazwisko Tytuł Data

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić na bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse."

POWIADOMIENIE O BEZPOŚREDNIM POŚWIADCZENIU

Szanowny rodzicu/opiekunie:

Chcemy poinformować, że wymienione poniżej dziecko(-i) będzie(-ą) otrzymywało(-y) bezpłatne lunche, śniadania i przekąski w szkole, ponieważ korzysta(ją) ono(-e) z **[State SNAP]** lub **[State TANF]**.

Imię i nazwisko dziecka	Nazwa szkoły

Jeśli w Pana(-) gospodarstwie domowym są inne dzieci, które nie zostały wymienione powyżej***, one również kwalifikują się do otrzymywania bezpłatnych posiłków.***

Proszę skontaktować się ze szkołą, do której uczęszcza dziecko/dzieci w następujących sytuacjach:

- Jeśli w Pana(-) gospodarstwie domowym są inne dzieci, które nie zostały wymienione powyżej i chciałby(-aby) Pan(i), aby otrzymywały one w szkole bezpłatne posiłki
- Nie chce Pan(i), aby dzieci otrzymywały bezpłatne posiłki
- Ma Pan(i) dodatkowe pytania

[name]

[phone number]

[e-mail address]

Z poważaniem,

[signature]

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić na bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse."