
FORMULÁRIOS DE INSCRIÇÃO E VERIFICAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DE REFEIÇÕES ESCOLARES A PREÇO REDUZIDO

ANO ESCOLAR ____ - ____

INSTRUÇÕES PARA DISTRITOS ESCOLARES

Este pacote contém formulários de protótipo:

As informações **necessárias** que *devem* ser fornecidas a domicílios:

- Carta a domicílios
- Inscrição para refeições escolares gratuitas e a preço reduzido
- Aviso a domicílios para aprovação/recusa de benefícios¹ (a notificação é obrigatória se a inscrição do domicílio for recusada)

As informações **necessárias** para os domicílios selecionados para materiais de informações de verificação de qualificação:

- Notificação de seleção para verificação de qualificação
- Carta de resultados de verificação

Materiais **opcionais** relacionados à inscrição que *talvez* sejam fornecidos aos domicílios:

- Compartilhar informações com Medicaid/SCHIP
- Compartilhar informações com outros programas
- Aviso a domicílios para aprovação/recusa de benefícios¹ (a notificação é opcional se a inscrição do domicílio for aprovada)
- Aviso de certificação direta

As páginas são criadas para impressão em papel de 8½ pol. x 11 pol. Algumas páginas podem ser impressas frente e verso. Você precisará identificar os benefícios oferecidos em sua escola, como lanches após a escola. Os campos **[bold, bracketed fields]** indicam onde você precisa inserir informações específicas ao distrito escolar. Por exemplo, você precisa incluir o número de telefone gratuito do distrito para assistência de verificação nos materiais de verificação. Se esses materiais não foram modificados para incluir o nome do seu estado para o Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP), anteriormente chamado de Programa de Cupons de Alimentos, o programa de Assistência Temporária a Famílias com Necessidades (TANF), o Programa Estadual de Plano de Saúde para as Crianças (SCHIP), ou, se aplicável, para adicionar o Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas

¹Todos os domicílios devem ser notificados sobre o seu status de qualificação. Os domicílios com crianças que tiveram seus benefícios recusados serão notificados por escrito sobre a recusa. A notificação deve informar o domicílio sobre o motivo da recusa dos benefícios, o direito de apelação, instruções sobre como apelar e uma declaração informando que a família pode se inscrever novamente para receber benefícios de refeições gratuitas e a preço reduzido a qualquer tempo durante o ano escolar. Os domicílios com crianças que foram aprovadas para receber benefícios de refeições gratuitas ou a preço reduzido podem ser notificados verbalmente ou por escrito.

Indígenas (FDPIR), você deverá inserir essas informações conforme apropriado. Este pacote de inscrição de protótipo inclui informações relativas à exclusão de bonificação ao domicílio sob a Iniciativa de Privatização de Domicílio Militar. Se essas informações não forem relevantes ao seu distrito escolar, modifique-as conforme apropriado. A sua agência estadual pode exigir que você envie seu pacote de inscrição para aprovação. Se você tiver perguntas, entre em contato com:

[State agency address]

[INSERT SCHOOL DISTRICT LETTERHEAD]

Prezados Pais ou Tutores:

As crianças precisam de refeições saudáveis para aprender. **[Name of School]** oferece refeições saudáveis durante todos os dias escolares. Custos de café da manhã **[\$]**; custos de almoço **[\$]**. Seus filhos podem se qualificar para refeições gratuitas ou a preços reduzidos. O preço reduzido é **[\$]** para café da manhã e **[\$]** para almoço.

1. EU PRECISO PREENCHER UMA INSCRIÇÃO PARA CADA CRIANÇA? Não. Preencha o formulário para solicitar refeições gratuitas ou a preços reduzidos. *Use um formulário de inscrição para refeições escolares gratuitas ou a preços reduzidos para todos os alunos no seu domicílio.* Não podemos aprovar uma inscrição que não esteja completa, por isso preencha todas as informações necessárias. Retorne o formulário preenchido para: **[name, address, phone number]**.
2. QUEM PODE RECEBER REFEIÇÕES GRATUITAS? Todas as crianças em domicílios que estão recebendo benefícios do **[State SNAP]**, **[the Food Distribution Program on Indian Reservations]** ou **[State TANF]**, podem receber refeições gratuitas, independentemente da sua renda. Além disso, seus filhos podem receber refeições gratuitas se a renda bruta do seu domicílio estiver nos limites gratuitos das Diretrizes de Qualificação de Renda Federal.
3. AS CRIANÇAS EM ADOÇÃO TEMPORÁRIA RECEBEM REFEIÇÕES GRATUITAS? Sim, as crianças em adoção temporária que estão sob a responsabilidade legal de um tribunal ou agência de adoção temporária, estão qualificadas para receber refeições gratuitas. Qualquer criança em adoção temporária no domicílio está qualificada para receber refeições gratuitas, independentemente da renda.
4. AS CRIANÇAS DE RUA, MIGRANTES E QUE FUGIRAM DE CASA PODEM RECEBER REFEIÇÕES GRATUITAS? Sim, as crianças que se encaixam na definição de migrante, de rua ou que fugiu de casa estão qualificadas para refeições gratuitas. Se você ainda não foi informado de que seus filhos receberão refeições gratuitas, ligue ou envie um email para **[school, homeless liaison or migrant coordinator information]** para verificar se elas estão qualificadas.
5. QUEM PODE RECEBER REFEIÇÕES A PREÇO REDUZIDO? Os seus filhos podem receber refeições a preço reduzido se a renda do seu domicílio estiver nos limites de preço reduzido na Tabela de Renda de Qualificação Federal, mostrada neste formulário.
6. EU DEVO PREENCHER UM FORMULÁRIO SE RECEBI UMA CARTA NESTE ANO ESCOLAR INFORMANDO QUE MEUS FILHOS ESTÃO APROVADOS PARA REFEIÇÕES GRATUITAS? Leia cuidadosamente a carta que você recebeu e siga as instruções. Ligue para a escola através do número **[phone number]** se tiver perguntas.
7. O FORMULÁRIO DO MEU FILHO FOI APROVADO ANO PASSADO. EU PRECISO PREENCHER OUTRO? Sim. O formulário do seu filho só é válido para o ano escolar em questão e para os primeiros dias deste ano escolar. Você deve enviar um novo formulário a menos que a escola tenha lhe informado que seu filho está qualificado para o novo ano escolar.

8. EU RECEBO WIC. OS MEUS FILHOS PODEM RECEBER REFEIÇÕES GRATUITAS? As crianças em domicílios participando no programa WIC talvez estejam qualificadas para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Preencha um formulário.
9. AS INFORMAÇÕES QUE EU FORNECER SERÃO VERIFICADAS? Sim e talvez pediremos a você para enviar provas por escrito.
10. SE EU NÃO ME QUALIFICAR AGORA, POSSO ME INSCREVER MAIS TARDE? Sim, você pode se inscrever a qualquer momento durante o ano escolar. Por exemplo, as crianças com um pai ou tutor que perder o emprego pode se qualificar para refeições gratuitas e a preço reduzido se a renda do domicílio estiver abaixo do limite de renda.
11. E SE EU NÃO CONCORDAR COM A DECISÃO DA ESCOLA SOBRE MEU FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO? Você deve conversar com os agentes da escola. Você também pode solicitar uma audiência ligando ou escrevendo para: **[name, address, phone number, e-mail]**.
12. POSSO ME INSCREVER SE ALGUÉM NO MEU DOMICÍLIO NÃO FOR UM CIDADÃO NORTE-AMERICANO? Sim. Você ou seus filhos não precisam ser cidadãos norte-americanos para se qualificarem a receber refeições gratuitas ou a preço reduzido.
13. QUAIS SÃO AS PESSOAS QUE EU DEVO INCLUIR COMO MEMBROS DO MEU DOMICÍLIO? Você deve incluir todas as pessoas que moram em seu domicílio, sejam membros da família ou não (como avós, outros parentes ou amigos) que compartilham renda e gastos. Você deve se incluir e todas as crianças que moram com você. Se você mora com outras pessoas que são economicamente independentes (por exemplo, pessoas que você não sustenta, que não compartilham renda com você ou seus filhos e que pagam uma parte dos gastos), não as inclua.
14. E SE A MINHA RENDA NÃO FOR SEMPRE A MESMA? Relacione o valor que você normalmente recebe. Por exemplo, se você normalmente ganha \$1000 por mês, mas não pôde trabalhar em tempo integral mês passado e só ganhou \$900, escreva que você ganhou \$1000 por mês. Se você normalmente ganha hora extra, inclua o valor, mas não inclua esse valor se você só trabalha hora extra ocasionalmente. Se você perdeu um emprego ou teve suas horas ou salário reduzido, use a sua renda atual.
15. SOMOS MILITARES, DEVEMOS INCLUIR NOSSO ESTIPÊNDIO PARA ALOJAMENTO COMO RENDA? Se você recebe um estipêndio para alojamento fora da base, este deve ser incluído como renda. Porém, se o seu alojamento for parte da iniciativa de privatização de alojamento militar, não inclua o estipêndio para alojamento como renda.
16. MINHA MULHER ESTÁ SERVINDO EM UMA ZONA DE COMBATE, O SEU PAGAMENTO DE COMBATE CONTA COMO RENDA? Não, se o pagamento de combate for recebido além do pagamento básico devido a sua transferência e isso não era recebido antes dela ter sido transferida, o pagamento de combate não deve ser considerado como renda. Entre em contato com a escola para obter mais informações.
17. MINHA FAMÍLIA PRECISA DE MAIS AJUDA. HÁ OUTROS PROGRAMAS PARA OS QUAIS EU POSSO ME INSCREVER? Para obter informações sobre como se inscrever para **[State SNAP]** ou outros benefícios de assistência, entre em contato com o seu escritório de assistência local ou ligue para **[State hotline number]**.

Se você tiver outras perguntas ou precisar de ajuda, ligue para **[phone number]**.

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

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

Atenciosamente,

[signature]

INSTRUÇÕES PARA INSCRIÇÃO

UM MEMBRO DO DOMICÍLIO É QUALQUER CRIANÇA OU ADULTO QUE MORA COM VOCÊ.

SE O SEU DOMICÍLIO RECEBE BENEFÍCIOS DE **[State SNAP]**, OU **[State TANF]** **[OR THE FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)]**, SIGA ESSAS INSTRUÇÕES:

Parte 1: Relacione todos os membros do domicílio e o nome da escola para cada criança.

Parte 2: Relacione o número do caso para qualquer membro do domicílio (incluindo adultos) que recebem benefícios de **[State SNAP]** ou **[State TANF]** ou **[FDPIR]**.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Assine o formulário. Os últimos quatro dígitos de um número de seguro social **não** são necessários.

Parte 6: Responda esta pergunta se desejar.

SE NINGUÉM NO SEU DOMICÍLIO RECEBER BENEFÍCIOS DE **[State SNAP]** OU **[State TANF]** E SE QUALQUER CRIANÇA NO SEU DOMICÍLIO FOR UMA CRIANÇA DE RUA, MIGRANTE OU QUE FUGIU DE CASA, SIGA ESTAS INSTRUÇÕES:

Parte 1: Relacione todos os membros do domicílio e o nome da escola para cada criança.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Se qualquer criança para a qual você está se inscrevendo for uma criança de rua, migrante ou que fugiu de casa, marque a caixa apropriada e ligue para **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**.

Parte 4: Preencha somente se uma criança no seu domicílio não estiver qualificada sob a Parte 3. Consulte as instruções para Todos os outros domicílios.

Parte 5: Assine o formulário. Os últimos quatro dígitos de um número de seguro social não são necessários se você não precisou preencher a Parte 4.

Parte 6: Responda esta pergunta se desejar.

SE VOCÊ ESTIVER SE INSCREVENDO PARA UMA CRIANÇA EM ADOÇÃO TEMPORÁRIA, SIGA ESSAS INSTRUÇÕES:

Se todas as crianças no domicílio forem crianças em adoção temporária:

Parte 1: Relacione todas as crianças em adoção temporária e o nome da escola para cada criança. Marque a caixa indicando que a criança está em adoção temporária.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Assine o formulário. Os últimos quatro dígitos de um número de seguro social não são necessários.

Parte 6: Responda esta pergunta se desejar.

Se algumas das crianças no domicílio forem crianças em adoção temporária:

Parte 1: Relacione todos os membros do domicílio e o nome da escola para cada criança. Para cada pessoa, incluindo crianças, sem fonte de renda, você deve marcar a caixa "Sem fonte de renda". Marque esta se a criança estiver em adoção temporária.

Parte 2: Se o domicílio não tiver um número de caso, ignore esta parte.

Parte 3: Se qualquer criança para a qual você está se inscrevendo for uma criança de rua, migrante ou que fugiu de casa, marque a caixa apropriada e ligue para **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**. Caso contrário, ignore esta parte.

Parte 4: Siga essas instruções para relatar a renda total do domicílio deste mês ou do mês passado.

- **Caixa 1–Nome:** Relacione todos os membros do domicílio com fonte de renda.
- **Caixa 2 –Renda bruta e frequência em que foi recebida:** Para cada membro do domicílio, relacione cada tipo de renda recebido para o mês. Você deve nos informar a frequência com que o dinheiro foi recebido, semanalmente, a cada outra semana, duas vezes por mês ou mensal. Para salário, relacione a **renda bruta**, não a renda líquida. Renda bruta é o valor ganho antes de impostos e outras deduções. Você encontrará este valor na sua folha de pagamento

ou o seu empregador pode lhe informar. Para outras fontes de renda, relacione o valor que cada pessoa recebeu de assistência do governo, manutenção para os filhos, pensão, outras pensões, aposentadoria, seguro social, renda de segurança suplementar (SSI), benefícios para veteranos de Guerra (benefícios VA) e outros benefícios para necessidades especiais. Sob Todas as outras fontes de renda, relacione benefícios de Compensação trabalhista, seguro-desemprego ou para greve, as contribuições regulares de pessoas que não moram no domicílio e qualquer outra renda. Não inclua a renda de SNAP, FDPIR, WIC, benefícios de educação federal e pagamentos de adoção temporária recebidos pela família da agência responsável. Para somente os autônomos, sob *Renda do trabalho*, relate a renda após gastos. Esses gastos são relativos a seu negócio, fazenda ou propriedade de aluguel. Se você estiver inscrito na Iniciativa de Alojamento Privatizado Militar ou receber pagamento de combate, não inclua esses estímulos como fonte de renda.

Parte 5: Um membro adulto do domicílio deve assinar o formulário e relacionar os últimos quatro dígitos de seu número de seguro social (ou marcar a caixa se ele(a) não tiver um).

Parte 6: Responda esta pergunta se desejar.

TODOS OS OUTROS DOMICÍLIOS, INCLUINDO DOMICÍLIOS SOB O PROGRAMA WIC, SIGAM ESTAS INSTRUÇÕES:
--

Parte 1: Relacione todos os membros do domicílio e o nome da escola para cada criança. Para cada pessoa, incluindo crianças, sem fonte de renda, você deve marcar a caixa "Sem fonte de renda".

Parte 2: Se o domicílio não tiver um número de caso, ignore esta parte.

Parte 3: Se qualquer criança para a qual você está se inscrevendo for uma criança de rua, migrante ou que fugiu de casa, marque a caixa apropriada e ligue para **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**. Caso contrário, ignore esta parte.

Parte 4: Siga essas instruções para relatar a renda total do domicílio deste mês ou do mês passado.

- **Caixa 1–Nome:** Relacione todos os membros do domicílio com fonte de renda.
- **Caixa 2 –Renda bruta e frequência em que foi recebida:** Para cada membro do domicílio, relacione cada tipo de renda recebido para o mês. Você deve nos informar a frequência com que o dinheiro foi recebido, semanalmente, a cada outra semana, duas vezes por mês ou mensal. Para salário, relacione a **renda bruta**, não a renda líquida. Renda bruta é o valor ganho *antes* de impostos e outras deduções. Você encontrará este valor na sua folha de pagamento ou o seu empregador pode lhe informar. Para outras fontes de renda, relacione o valor que cada pessoa recebeu de assistência do governo, manutenção para os filhos, pensão, outras pensões, aposentadoria, seguro social, renda de segurança suplementar (SSI), benefícios para veteranos de Guerra (benefícios VA) e outros benefícios para necessidades especiais. Sob *Todas as outras fontes de renda*, relacione benefícios de Compensação trabalhista, seguro-desemprego ou para greve, as contribuições regulares de pessoas que não moram no domicílio e qualquer outra renda. Não inclua renda de SNAP, FDPIR, WIC, benefícios de educação federal e pagamentos para adoção temporária recebidos pela família da agência responsável. **SOMENTE** para os autônomos, sob *Renda do trabalho*, relate a renda após gastos. Esses gastos são relativos a seu negócio, fazenda ou propriedade de aluguel. Não inclua a fonte de renda dos programas SNAP, FDPIR, WIC ou benefícios da educação federal. Se você estiver inscrito na Iniciativa de Alojamento Privatizado Militar ou receber pagamento de combate, não inclua esses estímulos como fonte de renda.

Parte 5: Um membro adulto do domicílio deve assinar o formulário e relacionar os últimos quatro dígitos de seu número de seguro social (ou marcar a caixa se ele(a) não tiver um).

Parte 6: Responda esta pergunta se desejar.

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA A FAMÍLIA PARA RECEBER REFEIÇÕES ESCOLARES GRATUITAS OU A PREÇO REDUZIDO

PARTE 1. TODOS OS MEMBROS DO DOMICÍLIO				
Nomes de <u>todos</u> os membros do domicílio (Nome, Inicial do meio, Sobrenome)	Nome da escola para cada criança/ou indique "NA" se a criança não estiver na escola	Marque se for uma criança em adoção temporária (responsabilidade legal do tribunal ou agência de assistência social) * Se todas as crianças relacionadas abaixo forem crianças em adoção temporária, vá para a Parte 5 para assinar este formulário.	Marque se NÃO tiver renda	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte 2. BENEFÍCIOS SE QUALQUER MEMBRO DE SEU DOMICÍLIO RECEBER , OU , FORNEÇA O NOME E O NÚMERO DO CASO PARA A PESSOA QUE RECEBE BENEFÍCIOS E VÁ PARA A PARTE 5. SE NINGUÉM RECEBER ESSES BENEFÍCIOS, VÁ PARA A PARTE 3. NOME: _____ NÚMERO DO CASO: _____				
PARTE 3. SE QUALQUER CRIANÇA PARA A QUAL VOCÊ ESTIVER SE INSCREVENDO FOR UMA CRIANÇA DE RUA, MIGRANTE OU QUE FUGIU DE CASA, MARQUE A CAIXA APROPRIADA E LIGUE PARA CRIANÇA DE RUA <input type="checkbox"/> MIGRANTE <input type="checkbox"/> CRIANÇA QUE FUGIU DE CASA <input type="checkbox"/>				
PARTE 4. RENDA BRUTA TOTAL DO DOMICÍLIO. Você deve nos informar o valor total e a frequência de recebimento.				
1. NOME (Relacione somente os membros do domicílio com renda)	2. RENDA BRUTA E FREQUÊNCIA DE RECEBIMENTO			
	Renda do trabalho antes das deduções	Assistência social, manutenção dos filhos, pensão	Pensões, aposentadoria, seguro social, SSI, benefícios VA	Todas as outras fontes de renda
<i>(Exemplo) Jane Smith</i>	<u>\$199,99/semanal</u>	<u>\$149,99/a cada duas semanas</u>	<u>\$99,99/mensal</u>	<u>\$50,00/mensal</u>
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

PARTE 5. ASSINATURA E ÚLTIMOS QUATRO DÍGITOS DO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (O ADULTO DEVE ASSINAR)

Um membro adulto do domicílio deve assinar o formulário. **Se a Parte 4 estiver preenchida, o adulto que estiver assinando o formulário também deve relacionar os últimos quatro dígitos de seu número de seguro social ou marcar a caixa "Eu não tenho um número de seguro social".** (Consulte a Declaração no verso desta página.)

Eu certifico (prometo) que todas as informações neste formulário são verdadeiras e que todas as fontes de renda foram relacionadas. Eu compreendo que a escola obterá fundos federais com base nas informações que eu fornecer. Eu compreendo que todos os agentes da escola devem confirmar (verificar) as informações. Eu compreendo que se eu fornecer informações falsas, meus filhos podem perder os benefícios de alimentação e eu posso ser processado.

Assine aqui: _____ Nome impresso: _____

Data: _____

Endereço: _____ Número de telefone: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Últimos quatro dígitos do número de seguro social: ***-**-____ Eu não tenho um número de seguro social

PARTE 6. IDENTIDADE ÉTNICA E RACIAL DAS CRIANÇAS (OPCIONAL)

Escolha uma etnicidade:

Hispânico/Latino

Não hispânico/Latino

Escolha uma ou mais (independentemente da etnicidade):

Asiático

Índio Americano ou Nativo do Alasca

Negro ou afro-americano

Branco

Nativo do Havaí ou de outra ilha do Pacífico

NÃO PREENCHA ESTA PARTE. SOMENTE PARA USO DA ESCOLA.

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: _____

Seu filho pode se qualificar para refeições gratuitas ou a preço reduzido se a renda do seu domicílio estiver em ou abaixo dos limites desta tabela.

TABELA DE RENDA PARA QUALIFICAÇÃO FEDERAL			
Para o ano escolar _____			
Tamanho do domicílio	Anual	Mensal	Semanal
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Cada pessoa adicional:			

A Lei do Almoço Escolar Nacional Richard B. Russell exige as informações neste formulário. Você não precisa fornecer as informações, mas se não o fizer, não poderemos aprovar seu filho para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve incluir os últimos quatro dígitos do seu número de seguro social do membro adulto do domicílio que assinar este formulário. Os quatro últimos dígitos do seu número de seguro social não serão necessários quando você se inscrever em nome de uma criança em adoção temporária ou se você relacionar um número de caso para o Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP), Programa de Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) ou outro identificador FDPIR para o seu filho ou quando você indicar que o membro adulto do domicílio que está assinando o formulário não tem um número de seguro social. Usaremos as suas informações para determinar se o seu filho está qualificado para refeições gratuitas ou a preço reduzido e para a administração e o cumprimento dos programas de café da manhã e almoço. TALVEZ compartilharemos suas informações de qualificação com programas de educação, saúde e nutrição para ajudá-los a avaliar, fornecer fundos ou determinar benefícios para seus programas, auditores para avaliações de programas e agentes de cumprimento da lei para ajudá-los a verificar o não cumprimento das regras do programa.

Lei de Não Discriminação: Isso explica o que fazer se você acreditar que foi tratado injustamente. “De acordo com a Lei Federal e a política do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou necessidade especial. Para apresentar uma reclamação de discriminação, escreva para USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ou ligue gratuitamente (866) 632-9992 (Voz). Os indivíduos que tiverem problemas de audição ou fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço de Transmissão Federal através do número (800) 877-8339; ou (800) 845-6136 (Espanhol). USDA é um empregador e provedor que oferece oportunidades iguais.”

COMPARTILHAR INFORMAÇÕES COM MEDICAID/SCHIP

Prezados Pais ou Tutores:

Se os seus filhos receberem refeições escolares gratuitas ou a preço reduzido, talvez elas possam receber seguro de saúde gratuito ou a preço reduzido através da Medicaid ou do Programa Estadual de Seguro de Saúde para Crianças (SCHIP). As crianças com seguro de saúde têm mais probabilidade de receber cuidados de saúde regulares e têm menos probabilidade de faltar a escola devido a doenças.

Como o seguro de saúde é tão importante para o bem-estar das crianças, a lei nos permite informar aos programas *Medicaid e SCHIP que seus filhos estão qualificados para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido, a menos que você nos informe o contrário*. Medicaid e SCHIP somente usam as informações para identificar crianças que podem se qualificar para esses programas. Agentes dos programas podem entrar em contato com você para oferecer que inscreva seus filhos. Preencher o Formulário para o recebimento de refeições escolares gratuitas ou a preço reduzido não inscreve automaticamente seus filhos no plano de seguro de saúde.

Se não desejar que suas informações sejam compartilhadas com Medicaid ou SCHIP, preencha o formulário abaixo e envie-o (enviar este formulário não irá influenciar se seus filhos receberão ou não refeições gratuitas ou a preço reduzido).



Não! EU NÃO QUERO que as informações do meu formulário de inscrição para o recebimento de refeições escolares gratuitas ou a preços reduzidos sejam compartilhadas com a Medicaid ou o Programa Estadual de Seguro de Saúde para Crianças.

Se você marcou não, preencha o formulário abaixo para assegurar que suas informações NÃO sejam compartilhadas para a(s) criança(s) relacionada(s) abaixo:

Nome da criança: _____ Escola: _____

Assinatura dos pais/tutores: _____ Data: _____

Nome impresso: _____

Endereço: _____

Para obter mais informações, ligue para **[name]** no **[phone]** ou envie um e-mail para **[e-mail address]**.

Retorne este formulário para: **[address]** até **[date]**.

COMPARTILHAR INFORMAÇÕES COM OUTROS PROGRAMAS

Prezados Pais ou Tutores:

Para economizar seu tempo e esforço, as informações que você forneceu no Formulário de inscrição para o recebimento de refeições gratuitas ou a preços reduzidos podem ser compartilhadas com outros programas para os quais seus filhos podem se qualificar. Para os seguintes programas, precisamos de sua permissão para compartilhar suas informações. Enviar este formulário não irá alterar se seus filhos irão ou não receber refeições gratuitas ou a preços reduzidos.

-
- Sim! Eu **QUERO** que os agentes da escola compartilhem informações do meu Formulário de Inscrição para o recebimento de refeições escolares gratuitas ou a preço reduzido com o **[name of program specific to your school]**.
- Sim! Eu **QUERO** que os agentes da escola compartilhem informações do meu Formulário de Inscrição para o recebimento de refeições escolares gratuitas ou a preço reduzido com o **[name of program specific to your school]**.
- Sim! Eu **QUERO** que os agentes da escola compartilhem informações do meu Formulário de Inscrição para o recebimento de refeições escolares gratuitas ou a preço reduzido com o **[name of program specific to your school]**.

Se você marcou sim para uma ou todas das caixas acima, preencha o formulário abaixo para assegurar que suas informações sejam compartilhadas para a(s) criança(s) relacionada(s) abaixo. Suas informações serão compartilhadas somente com os programas que você marcou.

Nome da criança: _____ Escola: _____

Assinatura dos pais/tutores: _____ Data: _____

Nome impresso: _____

Endereço: _____

Para obter mais informações, ligue para **[name]** no **[phone]** ou envie um e-mail para **[e-mail address]**.

Retorne este formulário para: **[address]** até **[date]**.

PRECISAMOS VERIFICAR SEU FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Você precisa enviar as informações que precisamos, ou entrar em contato com [name] até [date], ou seus filhos não receberão mais as refeições gratuitas ou a preço reduzido.

Escola: _____ Data: _____

Prezado(a) _____:

Estamos verificando seu formulário de inscrição para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. As leis federais exigem que façamos isso para assegurar que somente as crianças qualificadas recebam refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve nos enviar informações para provar que **[name(s) of child(ren)][is/are]** qualificado(s).

Se possível, envie cópias, não documentos originais. Se você nos enviar documentos originais, eles serão enviados de volta somente se você solicitá-los.

1. SE VOCÊ ESTAVA RECEBENDO BENEFÍCIOS DE **[State SNAP]**, **[State TANF]** OU **[FDPIR]** QUANDO SE INSCREVEU PARA REFEIÇÕES GRATUITAS OU A PREÇO REDUZIDO, OU A QUALQUER MOMENTO DESDE ENTÃO, ENVIE-NOS UMA CÓPIA DE UM DOS ITENS ABAIXO:

- Aviso de Certificação de **[State SNAP]** ou **[State TANF]** ou **[FDPIR]** que mostra as datas de certificação.
- Carta do escritório de **[State SNAP]** ou **[State TANF]** ou **[FDPIR]** que mostra as datas de certificação.
- Não envie seu cartão EBT.

2. SE VOCÊ RECEBER ESTA CARTA PARA UMA CRIANÇA DE RUA, MIGRANTE OU QUE FUGIU DE CASA, ENTRE EM CONTATO COM **[school, homeless liaison, or migrant coordinator]** PARA OBTER AJUDA.

3. SE A CRIANÇA FOR UMA CRIANÇA EM ADOÇÃO TEMPORÁRIA:

Forneça documentação por escrito que confirma que a criança é a responsabilidade legal da agência ou tribunal ou forneça o nome e as informações de contato para uma pessoa na agência ou tribunal que possa confirmar que a criança é uma criança em adoção temporária.

4. SE NINGUÉM NO SEU DOMICÍLIO RECEBE BENEFÍCIOS DE **[State SNAP]** ou **[State TANF]** ou **[FDPIR]**:

Envie esta página junto com os documentos que mostram o valor que seu domicílio recebe de cada fonte de renda. Os documentos que você enviar devem mostrar o **nome** da pessoa que recebeu a renda, a **data** em que foi recebida, o **valor** recebido e a **frequência** com que foi recebida. **Envie as informações para: [address]**

Documentos aceitáveis incluem:

EMPREGOS: Folha de pagamento ou envelope de pagamento que mostra o valor e a frequência de recebimento; carta do empregador informando a renda bruta e a frequência de pagamento; ou, se você for autônomo, documentos do negócio ou da fazenda, como livros contábeis ou planilhas de impostos.

SEGURO SOCIAL, PENSÕES OU APOSENTADORIA: Carta de benefícios de aposentadoria por seguro social, declaração dos benefícios recebidos ou aviso de recebimento de pensão.

DESEMPREGO, NECESSIDADE ESPECIAL OU COMPENSAÇÃO TRABALHISTA: Aviso de qualificação do escritório de segurança de trabalho estadual, recibo de pagamento ou carta do escritório de Compensação trabalhista.

PAGAMENTOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: Carta de benefícios do escritório de **[State TANF]**.

MANUTENÇÃO DOS FILHOS OU PENSÃO: Decisão do tribunal, acordo ou cópias de cheques recebidos.

OUTRA FONTE DE RENDA (COMO RENDA DE ALUGUEL): As informações que mostram o valor da renda recebida, a frequência com que foi recebida e a data recebida.

SEM FONTE DE RENDA: Uma breve nota explicando como você fornece alimentação e alojamento para seu domicílio e quando você espera receber uma fonte de renda.

INICIATIVA DE PRIVATIZAÇÃO DE ALOJAMENTO MILITAR: Carta ou contrato de aluguel mostrando que seu domicílio faz parte da Iniciativa de Alojamento Privatizado Militar.

PRAZO DE DOCUMENTAÇÃO DE FONTE DE RENDA ACEITÁVEL: Envie prova de renda de um mês; você pode usar o mês anterior ao formulário de inscrição, o mês em que você se inscreveu ou qualquer mês após este.

Se você tiver outras perguntas ou precisar de ajuda, ligue para **[name]** através do número **[phone number]**. A ligação é gratuita. **[Toll free or reverse charge explanation]**. Você também pode enviar um e-mail para nós através do endereço **[e-mail address]**.

Atenciosamente,

[signature]

A Lei do Almoço Escolar Nacional Richard B. Russell exige as informações neste formulário. Você não precisa fornecer as informações, mas se não o fizer, não poderemos aprovar seu filho para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Usaremos as suas informações para determinar se o seu filho está qualificado para refeições gratuitas ou a preço reduzido e para a administração e o cumprimento dos programas de café da manhã e almoço.

Declaração de Não Discriminação: Isso explica o que fazer se você acreditar que foi tratado injustamente. "De acordo com a Lei Federal e a política do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou necessidade especial. Para apresentar uma reclamação de discriminação, escreva para USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ou ligue gratuitamente (866) 632-9992 (Voz). Os indivíduos que tiverem problemas de audição ou fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço de Transmissão Federal através do número (800) 877-8339; ou (800) 845-6136 (Espanhol). USDA é um empregador e provedor que oferece oportunidades iguais."

VERIFICAMOS SEU FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Escola: _____ Data: _____

Prezado(a) _____:

Verificamos as informações que você nos enviou para provar que **[name(s) of child(ren)]** estão qualificadas para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido e decidimos que:

- A qualificação de seu(s) filho(s) não mudou.
- A partir de **[date]**, a qualificação de seu(s) filho(s) para receber refeições será alterada **de preço reduzido para gratuita** porque sua renda está entre os limites de qualificação para refeições gratuitas. Seu(s) filho(s) receberão refeições gratuitas.
- A partir de **[date]**, a qualificação de seu(s) filho(s) para receber refeições será alterada **de gratuita para preço reduzido** porque sua renda está acima dos limites de qualificação para refeições gratuitas. As refeições a preço reduzido custam **[\$]** para almoço e **[\$]** para café da manhã.
- A partir de **[date]**, **seu(s) filho(s) não estão mais qualificados** para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido pelos seguinte(s) motivo(s):
 - ___ Registros mostram que ninguém em seu domicílio recebeu benefícios de **[State SNAP]** ou **[State TANF]**.
 - ___ Registros mostram que a(s) criança(s) não é/são de rua, migrantes ou que fugiram de casa.
 - ___ A sua fonte de renda está acima do limite para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido.
 - ___ Você não forneceu: _____
 - ___ Você não respondeu à nossa solicitação.

As refeições custam **[\$]** para almoço e **[\$]** para café da manhã. Se a renda do seu domicílio for reduzida ou você tiver mais pessoas morando com você em seu domicílio, você pode se inscrever novamente. Se anteriormente benefícios foram recusados a você porque ninguém no seu domicílio recebeu benefícios do **[State SNAP]**, **[State TANF]** ou **[FDPIR]**, você poderá se inscrever novamente com base na qualificação de renda. Se você não forneceu provas de qualificação atual, você será solicitado a fazer isso caso se inscreva novamente.

Se você não concordar com esta decisão, poderá discuti-la com **[name]** através do telefone **[phone]**. Você também tem o direito a uma audiência. Se você solicitar uma audiência até **[date]**, seu(s) filho(s) continuarão a receber refeições gratuitas ou a preço reduzido até que a decisão da audiência oficial seja realizada. Você também pode solicitar uma audiência ligando ou escrevendo para: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, ou **[e-mail]**.

Atenciosamente,

[signature]

Declaração de Não Discriminação: Isso explica o que fazer se você acreditar que foi tratado injustamente. “De acordo com a Lei Federal e a política do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou necessidade especial. Para apresentar uma reclamação de discriminação, escreva para USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ou ligue gratuitamente (866) 632-9992 (Voz). Os indivíduos que tiverem problemas de audição ou fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço de Transmissão Federal através do número (800) 877-8339; ou (800) 845-6136 (Espanhol). USDA é um empregador e provedor que oferece oportunidades iguais.”

AVISO AOS DOMICÍLIOS SOBRE A APROVAÇÃO/RECUSA DE BENEFÍCIOS

Prezados Pais ou Tutores:

Você se inscreveu para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido para a(s) seguinte(s) criança(s);

_____	_____
_____	_____
_____	_____

O seu formulário de inscrição foi:

- Aprovado para refeições gratuitas
- Aprovado para refeições a preço reduzido por \$ _____ para o almoço, \$ _____ para o café da manhã e \$ _____ para lanches
- Recusado pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
- Renda acima do valor permitido
 - Formulário incompleto porque _____
 - Outro _____

Se você não concordar com a decisão, poderá discuti-la com **[school official's name]** através do **[phone number]** ou o endereço **[e-mail address]**. Se você deseja avaliar melhor esta decisão, você tem direito a uma audiência. Isso pode ser realizado ligando ou escrevendo para o seguinte agente:

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

NÚMERO DE TELEFONE: _____ E-MAIL _____

Atenciosamente,

[signature]

Nome	Cargo	Data
------	-------	------

Declaração de Não Discriminação: Isso explica o que fazer se você acreditar que foi tratado injustamente. "De acordo com a Lei Federal e a política do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou necessidade especial. Para apresentar uma reclamação de discriminação, escreva para USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ou ligue gratuitamente (866) 632-9992 (Voz). Os indivíduos que tiverem problemas de audição ou fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço de Transmissão Federal através do número (800) 877-8339; ou (800) 845-6136 (Espanhol). USDA é um empregador e provedor que oferece oportunidades iguais."

AVISO DE CERTIFICAÇÃO DIRETA

Prezados Pais ou Tutores:

Queremos informá-lo de que a(s) criança(s) relacionada(s) abaixo receberá/receberão almoços, café da manhã e lanches gratuitos na escola porque eles recebem **[State SNAP]** ou **[State TANF]**.

Nome da criança	Nome da escola

Se houver outras crianças em seu domicílio que não estejam relacionadas acima, ***elas também estarão qualificadas para refeições gratuitas.***

Entre em contato com a escola que seu(s) filho(s) frequenta(m) nas seguintes situações:

- Se houver outras crianças no seu domicílio que não estão relacionadas acima e você desejar que elas recebam refeições gratuitas na escola
- Você não deseja que seus filhos recebam refeições gratuitas
- Você tem perguntas adicionais

[name]

[phone number].

[e-mail address]

Atenciosamente,

[signature]

Declaração de Não Discriminação: Isso explica o que fazer se você acreditar que foi tratado injustamente. “De acordo com a Lei Federal e a política do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou necessidade especial. Para apresentar uma reclamação de discriminação, escreva para USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ou ligue gratuitamente (866) 632-9992 (Voz). Os indivíduos que tiverem problemas de audição ou fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço de Transmissão Federal através do número (800) 877-8339; ou (800) 845-6136 (Espanhol). USDA é um empregador e provedor que oferece oportunidades iguais.”