

Заявление от семьи на бесплатное и льготное питание в государственных школах Jeffco на 2021-2022 учебный год

Заполните одно заявление на семью. Используйте ручку черного или синего цвета (не карандаш).

Подать онлайн-заявку можно на сайте <https://schoolcafe.com>

ШАГ 1: Перечислите ВСЕХ учащихся, посещающих государственные школы Jeffco (если требуется больше места для дополнительных имен, приложите еще один лист бумаги)

Имя учащегося	Инициал среднего имени	Фамилия учащегося	Дата рождения						Класс	Отметьте все, что имеет отношение к вам. Прочтите, чтобы узнать больше о том, как подать заявку на бесплатное и льготное школьное питание.	Приемный ребенок	Беспризорный	Бездомный	Мигрант
			М	М	Д	Д	Г	Г						

ШАГ 2: Является ли кто-либо из членов вашей семьи (включая вас) участником одной из этих программ в данный момент: SNAP, TANF или FDIPIR, ниже укажите номер дела.

Программа Дополнительной Помощи в Питании (SNAP), Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF/Colorado Works – Основная помощь в виде предоставления наличных средств или государственное расходование средств) или Программа распределения продуктов питания в индейских резервациях (FDPIR). Укажите номер дела и перейдите к ШАГУ 4.

SNAP								TANF									FDPIR									
------	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ШАГ 3: Укажите доход ВСЕХ членов вашей семьи (пропустите этот раздел, если вы указали номер дела в разделе ШАГ 2)

**A. Доход учащегося.** Укажите **ИТОГОВЫЙ** доход, если таковой имеется, полученный всеми перечисленными выше учащимися.

Доход учащегося	Как часто?				
	Еженедельно	Каждые 2 нед.	2 р. в месяц	Ежемесячно	Ежегодно
W = еженедельно, E = каждые 2 недели, T = дважды в месяц, M = ежемесячно, A = ежегодно					

**B. Все другие члены семьи (включая вас)**  
Ниже перечислите всех других членов семьи, не указанных в разделе ШАГ 1 (включая вас), даже если они не получают дохода. Укажите **СОВОКУПНЫЙ ВАЛОВОЙ ДОХОД (ДО ВЫПЛАТЫ НАЛОГА ИЛИ ДРУГИХ ОТЧИСЛЕНИЙ)** для каждого из перечисленных членов семьи (если он получает доход), округленный до целого доллара. Если у них нет доходов, поставьте «0». Если вы указали «0» или оставили поле незаполненным, то подтверждаете, что не имеете доходов, о которых следует сообщить.

Имена других членов семьи	Зароботная плата	Как часто?					Государственное денежное пособие/пособие на ребенка/алименты:	Как часто?					Пенсия/Другой доход	Как часто?													
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A									
	\$						\$						\$														
	\$						\$						\$														
	\$						\$						\$														
	\$						\$						\$														

Общее количество членов семьи (включая учащихся и взрослых, указанных в разделах ШАГ 1 и ШАГ 3)

Последние четыре цифры номера социального страхования (SSN) или отметка в поле «SSN отсутствует» для взрослого члена семьи, подписавшего этот формуляр, только если заполнен раздел ШАГ 3B. XXX-XX-

Отметьте здесь, если SSN отсутствует ☐

ШАГ 4: Передача информации

Информация, представленная в этой заявке, будет использоваться в соответствии с государственными образовательными программами и может быть передана в офис Medicaid и офис государственной программы медицинского страхования детей (SCHIP). Если ваши дети имеют право на получение бесплатного или льготного питания, эта информация может быть передана представителям школы/округа с целью отмены определенных школьных/окружных программных сборов, которые в противном случае вам придется оплачивать. Представители школы/округа не имеют права передавать информацию о вас третьим лицам. Вы не обязаны давать согласие на передачу вашей информации; это не повлияет на право Ваших детей получать бесплатное или льготное школьное питание. **Ваша информация БУДЕТ передана, если вы не поставите галочку напротив одной из граф ниже.**

☐ **Я СОГЛАСЕН (-НА)** на передачу информации обо мне с целью отмены школьных/окружных программных сборов

☐ **Я ПРОТИВ** передачи информации обо мне с целью отмены школьных/окружных программных сборов

ШАГ 5: Контактная информация и подпись взрослого. Отправьте заполненное и подписанное заявление по адресу: 809 Quail St. Building 1 Lakewood, CO 80215

«Я удостоверяю (подтверждаю), что вся предоставленная информация верна и полученный доход указан в полном объеме. Я понимаю, что эта информация предоставляется в связи с получением государственных средств, и что сотрудники школы могут проверить эту информацию. Я понимаю, что если я намеренно предоставляю ложную информацию, мои дети могут»

<input type="text"/>	<input type="text"/>	C	O	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	---	----------------------


Адрес электронной почты или почтовый индекс/абонентский ящик № квартиры или участка Город Штат Почтовый индекс

Номер домашнего или мобильного телефона Адрес электронной почты

М М Д Д Г Г

подпись взрослого члена семьи (обязательно) Имя и фамилия лица, подписывающего формуляр, печатными буквами Текущая дата

См. на обороте формуляра



**ПО ЖЕЛАНИЮ: Укажите расовую и этническую принадлежность детей**

Мы обязаны запросить информацию о расе и этнической принадлежности ваших детей. Эта информация важна и помогает убедиться, что мы оказываем все необходимые услуги нашему сообществу. Данный раздел не является обязательным к заполнению и не влияет на право ваших детей получать бесплатное или льготное питание.

**Этническая принадлежность (отметьте один вариант):**

☐

Испанец или латиноамериканец

☐

Не испанец и не латиноамериканец

**Раса (отметьте один или более вариантов):**

☐

Американский индеец или коренной житель Аляски

☐

Азиат

☐

Афроамериканец или афроазиат

☐

Коренной житель Гавайских островов или других Тихоокеанских островов

☐

Белый

**Вы также можете иметь право на участие в программе дополнительной помощи в питании (SNAP)! Более подробная информация указана ниже.**

**NEED HELP BUYING GROCERIES?**

- Receive one-on-one assistance with applying for **food stamps**
- Referrals to **food pantries** and free meals
- Get information on child and senior **nutrition programs**

**Food Resource Hotline**

**CALL US TODAY!**

STATEWIDE, TOLL-FREE **855-855-4626**

METRO DENVER **720-382-2920**

**¿NO LE ALCANZA EL DINERO PARA COMPRAR COMIDA?**

- Reciba ayuda personalizada para solicitar las **estampillas de comida**
- Derivaciones a **bancos de comida** y comidas gratis
- Obtenga información sobre **programas de nutrición** para niños y ancianos

**Línea Directa de Recursos de Comidas**

**¡LLÁMENOS HOY!**

LÍNEA ESTATAL **855-855-4626**

METRO DENVER **720-382-2920**

**HUNGER FREE COLORADO** **HungerFreeColorado.org**



**Colorado PEAK** —это онлайн-сервис для жителей штата Колорадо, служащий для рассмотрения и подачи заявлений на медицинские, продовольственные программы и программы материальной помощи.

Перейдите на сайт [coloradopeak.force.com](http://coloradopeak.force.com), чтобы узнать больше.

Информация, предоставленная в этом заявлении, требуется согласно государственному закону о школьном питании (The Richard B. Russell National School Lunch Act) Вы не обязаны предоставлять информацию, но в случае, если вы не предоставите всю необходимую информацию, мы не сможем утвердить ваших детей для получения бесплатного или льготного питания. Вы должны ввести последние четыре цифры номера социального страхования основного члена семьи, получающего доход, или другого взрослого члена семьи, подписавшего это заявление. Вам не нужно указывать номер социального страхования, если вы подаете заявление от имени приемного ребенка, или если вы укажете номер вашего дела в Программе дополнительной помощи в питании (SNAP), Программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF) или Программе распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) или другой личный идентификатор FDPIR вашего ребенка, а также если взрослый член семьи, подписывающий заявление, не имеет номера социального страхования. Ваша информация будет использована для определения права вашего ребенка на бесплатное или льготное питание, для осуществления и соблюдения правил программ школьных обедов и завтраков. Мы можем поделиться информацией о праве на льготное питание с представителями программ по образованию, здоровью и питанию для того, чтобы рассмотреть, финансировать или определить пособия по этим программам, а также с ревизорами программы и представителями законодательных органов, рассматривающими случаи нарушения правил программы.

**DISTRICT USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ОКРУГОМ. ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК)**

**Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12**

Application Type:

☐ Total Household Income: \$ \_\_\_\_\_

Household Size: \_\_\_\_\_

Household Income Frequency: –

☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ 2x/Month ☐ Monthly ☐ Annually

☐ Categorical Eligibility: –

☐ SNAP ☐ FDPIR

☐ TANF ☐ Foster

☐ Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Application Status:

Approved: –

☐ Free

☐ Reduced

Denied:

☐ Over Income Guidelines ☐ Incomplete/Missing:

Notes: \_\_\_\_\_

Determining Official Signature:

Approval/Denial Date:

Notification Sent: