



儿童收入来源	
儿童收入来源	示例
- 工作收入	- 儿童有赚取月薪或周薪的正规全职或兼职工作
- 社会保障 - 残疾人救济金 - 抚恤金	- 儿童失明或残疾，接收社会保障福利 - 家长残疾、退休或去世，他们的儿童享受社会保障福利
- 来自家庭之外人士的收入	- 朋友或家族成员定期给儿童零花钱
- 来自任何其他来源的收入	- 儿童接受来自私人养老基金、企业年金、或信托的定期收入

成年人收入来源		
工作收入	公共救济金/赡养费/儿童抚养费	养老金/退休金/所有其他收入
- 月薪、周薪、奖金 - 个体经营的净收入（农场或企业）  如果您在美国军队服役：  - 基本工资和奖金（不包含战斗薪酬、FSSA 或私有化住房津贴） - 基地外住房、饮食或服装津贴	- 失业救济金 - 职工赔偿 - 补助补充保障金 (SSI) - 来自州或当地政府的现金援助 - 赡养费 - 儿童抚养费 - 老兵福利 - 罢工福利	- 社会保障（包括铁路退休和黑肺病补助） - 私人养老金或残疾福利 - 来自信托或财产的定期收入 - 年金 - 投资收益 - 赚得的利息 - 租金收入 - 来自外部家庭定期现金款项

可选

儿童的种族和民族身份

我们需要了解有关儿童的种族和民族的信息。该信息很重要，有助于确保我们全面地服务于我们的社区。对这一部分的回答是可选的，不会影响儿童获得免费或优惠校餐的资格。

民族（选择一项）： 西班牙裔或拉丁裔  不是西班牙裔或拉丁裔  
 种族（选择一项或多项）： 美洲印第安人或阿拉斯加原住民  亚洲人  黑人或非裔美国人  夏威夷原住民或其他太平洋岛民  白人

我不希望我的资讯用于「国家儿童健康保险计划」。此处签名：\_\_\_\_\_

我有一个孩子（或儿童）不具有任何种类的健康保险——既没有私人医疗保险，也没有俄勒冈卫生计划/健康儿童。至少一个我的孩子们，我感兴趣免费或降低成本健康保险  
 是 无

对于计划的信息需要其他交流方式（如盲文、大字本、录音带、美国手语等）的残疾人士，应联系他们申请福利的机构（州或当地）。耳聋、听力困难或语言障碍人士可通过联邦中转服务联系美国农业部 (USDA)，电话：(800) 877-8339。另外，计划的信息还可以英语以外的其他语言提供。

要投诉计划的歧视，请填写 USDA 计划歧视投诉表格 (AD-3027)，此可访问：  
[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) 或从 USDA 的任何办事处获得，另外也可致函 USDA 并在函中提供表格所需的所有信息。要索取投诉表格，请致电 (866) 632-9992。通过以下方式向 USDA 提交您填写的表格或函件：

邮寄： US Department of Agriculture  
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
 1400 Independence Avenue SW  
 Washington D.D. 20250-9410  
 传真： (202) 690-7442; 或者  
 电子邮件： [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)  
 该机构是一家平等机会提供者。

Richard B. Russell 国立学校午餐行动要求该申请表中的信息。您不必一定提供信息，但如果您不提供信息，我们则无法批准您的儿童享受免费或优惠校餐。您必须包含签署该申请表成年人家庭成员社会安全号码的最后四位数字。当您以收养儿童的名义申请时，或当您列出补充营养援助计划 (SNAP)、贫困家庭临时援助 (TANF) 计划或印第安人保护区食品分配计划 (FDPIR) 的案号或您的儿童的其他 FDPIR 标志时，或当您指出签署该申请表的成年人家庭成员没有社会安全号码时，则不必填写社会保障号码的最后四位数字。我们将使用您的信息确定您的儿童是否有资格享受免费或优惠校餐，并管理和执行午餐和早餐计划。我们可能会与教育、卫生和营养计划共享您的资格信息，以帮助它们评估、筹资或确定他们的计划的福利，以及与计划评审的审核员和执法人员共享您的资格信息，以帮助它们调查违反计划规则的情况。

据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策，美国农业部 (USDA) 及其机构、办事处和员工，以及参与或管理美国农业部 (USDA) 计划的机构禁止在美国农业部 (USDA) 所开展或资助的任何计划或活动中基于种族、肤色、国籍、性别、残疾、年龄或报复或因之前民权活动的报复的歧视。

不要填写

仅限学校填写

Total Income		How often?				Household size		Eligibility:		
<input type="text"/>		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	<input type="text"/>		Free	Reduced	Denied
<input type="text"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determining Official's Signature		Date		Confirming Official's Signature		Date		Verifying Official's Signature		Date
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

Categorical Eligibility

Oregon Expanded Income Group		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>