

الخطوة ١

اذكر جميع أفراد العائلة من هم رضع وأطفال وطلاب بما فيهم من في الصف الثاني عشر (إذا تطلب الأمر مزيد من المساحة لأسماء إضافية، يرجى إرفاق صفحة أخرى)

الاسم الأول للطفل	المعلومات الإدارية	الاسم الأخير للطفل	الصف	طالب؟		بلا مأوى، طفل متبنى، مهاجر، هارب
				لا	نعم	
				<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"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

تعريف الفرد العائلي: "كل من يعيش معك ويشاركك الدخل والنفقات حتى لو لم يكن ذات صلة بك".

الأطفال في الحضانة و أيضاً الذين يستوفون وصف لا مأوى لهم، مهاجر أو هارب هم مؤهلون للحصول على وجبات مجانية. اقرأ لتتعلم كيف تقوم بالتقديم للوجبات المدرسية المجانية والمخفضة السعر لمزيد من المعلومات.

الخطوة ٢

هل أي فرد من أفراد العائلة (أنت أيضاً) يشارك حالياً في واحد أو أكثر من البرامج المساعدة التالية: برنامج المساعدة للتغذية التكميلية أو برنامج المساعدة للمعونات المؤقتة أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية؟

رقم القضية:

إذا كان الجواب بلا < انتقل إلى الخطوة ٣. إذا كان الجواب بنعم < اكتب رقم القضية هنا ثم انتقل إلى الخطوة ٤ (لا تكمل الخطوة ٣)

اكتب فقط رقم قضية واحد في هذا الفراغ.

الخطوة ٣

قم بتقرير الدخل لجميع أفراد الأسرة (تخطى هذ الخطوة إذا أجبت "بنعم" للخطوة ٢)

كم مرة؟				دخل طفل	\$
أسبوعي	مرة كل أسبوعين	مرتين في الشهر	شهريا		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

أ. دخل الطفل

أحيانا الأطفال في الأسرة يكسبون دخل. يرجى تضمين إجمالي الدخل الذي يتم كسبه من قبل جميع أفراد الأسرة المذكورين هنا في الخطوة ١.

ب. جميع أفراد الأسرة البالغين (بما في ذلك أنت)

اذكر جميع أفراد الأسرة غير المذكورين في الخطوة ١ (بما في ذلك أنت) حتى إذا كانوا لا يتلقون دخل. لكل فرد عائلي مذكور، إذا كان لا يتلقى دخل، قم بذكر إجمالي مبلغ الدخل (قبل الضرائب) لكل مصدر بالدولار فقط (وليس السنتات). إذا كانوا لا يتلقون دخل من أي مصدر، اكتب "٠". إذا قمت بإدخال "٠" أو تركت أي حقول فارغة، فإنك تتعهد بأنه ليس هناك دخل لتقرره.

هل أنت غير متأكد من الدخل الذي ستقوم بتضمينه هنا؟

اقلب الصفحة وانظر في الرسوم البيانية تحت عنوان "مصادر الدخل" لمزيد من المعلومات.

مخطط "مصادر دخل الطفل" سيساعدك بقسم دخل الطفل.

مخطط "مصادر دخل البالغين" سيساعدك بقسم جميع أفراد العائلة البالغين..

كم مرة؟				الأيام من العمل	\$	أسماء أفراد العائلة البالغين (الاسم الأول والأخير)
أسبوعي	مرة كل أسبوعين	مرتين في الشهر	شهريا			
<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"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

المساعدة العامة / دعم الطفل / النفقة

كم مرة؟				دخل طفل	\$
أسبوعي	مرة كل أسبوعين	مرتين في الشهر	شهريا		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

كم مرة؟				المعاشات / التقاعد / جميع مصادر الدخل الأخرى	\$
أسبوعي	مرة كل أسبوعين	مرتين في الشهر	شهريا		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

أفحص إذا لا يوجد رقم ضمان اجتماعي

آخر أربع أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للعاملين بأجر أساسي أو لفرد عائلي بالغ آخر

مجموع أفراد الأسرة (الأطفال والكبار)

الخطوة ٤

معلومات الاتصال توقيع الكبار

"أشهد (تعهد) بأن جميع المعلومات في هذا الطلب والتي ذكرت عن الدخل صحيحة. أنا أتفهم أن هذه المعلومات أعطيت بخصوص تلقي التمويل الفدرالي وكذلك أن مسؤولين المدرسة قد يوتقوا (يفحصوا) هذه المعلومات. وأنا أدرك أنني إذا تعمدت تقديم معلومات كاذبة، فإن اطفالي ربما يفقدوا فوائد الوجبات وأنني قد أكون ملحق بموجب القوانين الفدرالية والدولية."

الهاتف للوصول اليك والبريد الإلكتروني(اختياري)	الرمز البريدي	الحالة	مدينة	شقة #	عنوان الشارع (إن وجد)
تاريخ اليوم			توقيع البالغ		اسم البالغ بالحروف المفردة الموقع على النموذج

مصدر الدخل للبالغين		
المعاشات / التقاعد / جميع مصادر الدخل الأخرى	المساعدة العامة / النفقة / دعم الطفل	الأرباح من العمل
- الضمان الاجتماعي (بما في ذلك المعاش السنوي لعمال السكة الحديدية المتقاعدين والفوائد الطبية والمدفوعات الشهرية للعاملين بمنجم الفحم) - المعاشات الخاصة أو تعويضات الإعاقة - دخل منتظم من الإلتزامات أو العقارات - المعاشات - دخل الاستثمار - الفائدة المكتسبة - إيرادات الإيجار - دفعات نقدية منتظمة من الأسر الخارجية	- إعانات البطالة - تعويضات العمال - دخل الضمان التكميلي (SSI) - المساعدة النقدية من الدولة أو الحكومة المحلية - مدفوعات النفقة - مدفوعات دعم الطفل - فوائد المحاربين القدامى - تعويضات الاضرار عن العمل	- الراتب والأجور والمكافآت النقدية - صافي الدخل من العمل الحر (مزرعة أو الأعمال التجارية) إذا كنت في الجيش الأمريكي: - الراتب الأساسي والعلوات النقدية (لا تشمل أجور القتال أو الخدمات الاجتماعية والأسرية أو بدل سكن تم خصصته) - حصص خارج قاعدة الإسكان والطعام والملابس

مصدر الدخل للأطفال	
مصادر الدخل الطفل	مثال (أمثلة)
- الأرباح من العمل	- الطفل الذي لديه وظيفة منتظمة بدوام كامل أو دوام جزئي حيث يجني راتب أو أجره
- الضمان الاجتماعي - مدفوعات الإعاقة - فوائد الباقيين على قيد الحياة	- طفل مصاب بالعمى أو معاق ويتلقى فوائد ضمان اجتماعي - والد/ة معاق أو متقاعد أو متوفى وأطفالهم يتلقوا فوائد الضمان الاجتماعي.
- دخل من شخص خارج العائلة	- صديق أو فرد مقرب من العائلة ينفق بانتظام على الطفل
- دخل من أي مصدر آخر	- الطفل الذي يتلقى دخل منتظم من صندوق التقاعد الخاص أو المعاش السنوي أو الإلتزام

هويات الأطفال العرقية والعنصرية

اختياري

نحن مطالبون لسؤالك عن معلومات بشأن الإلتزام العرقي لأطفالك. هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من أننا نقوم بخدمة مجتمعنا بالكامل. الرد على هذا القسم اختياري ولا يؤثر أهلية أطفالك للوجبات المجانية والمخفضة السعر.

الإلتزام العرقي (اختر واحدة): اسباني أو لاتيني ليس اسباني أو ليس لاتيني
العرق (اختر واحدة أو أكثر): الهنود الحمر أو سكان آلاسكا الأصليين آسيا أمريكي أسود أو إفريقي سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي أبيض

ذوو الاحتياجات الخاصة الذين يتطلبون وسائل اتصال بديلة لمعلومات البرنامج (على سبيل المثال بريل، حروف طباعة كبيرة، شريط صوتي، لغة الإشارة الأمريكية الخ) ينبغي عليهم الإتصال بالوكالة (دولية أو محلية) حيث قاموا بالتقديم للمنافع. يستطيع الأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعاف السمع أو يعانون من إعاقات الكلام الإتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الاتحادية على الرقم 833-833-8000. بالإضافة إلى ذلك، يجوز أن تقدم معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. لتقديم شكوى للبرنامج عن التمييز، أملاً نموذج شكوى للبرنامج عن التمييز خاص بوزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027) تجده اونلاين على موقع http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html وبإمكانك أيضاً التقديم لأي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية أو اكتب رسالة معنونه للوزارة شاملة كل المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على الرقم 866-622-8992. قدم طلبك المكتمل او رسالتك لوزارة الزراعة الأمريكية من خلال:

وزارة الزراعة الأمريكية

مكتب الأمين العام المساعد لشؤون حقوق المدنية

1400 شارع الاستقلال، SW

واشنطن، 9410-2050 DC

الفاكس: 202-744-6900 (202) أو

البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة هي مزود الفرص المتكافئة.

تتطلب المدرسة الوطنية لبرنامج الغذاء المعلومات في هذا الطلب. لا يجب عليك إعطاء المعلومات ولكن إذا لم تعطها، لا يمكننا أن نصدق على حق طلبك في الوجبات المجانية أو المخفضة السعر. يجب عليك تضمين الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي للفرد البالغ الذي وقع الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عندما تقدم بالنيابة عن طفل متبني أو عندما تذكر رقم القضية لبرنامج المساعدة للتغذية التكميلية أو برنامج المساعدة للمعونات المؤقتة أو برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية أو معرف آخر لبرنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية لطفلك أو عندما تشير أن الفرد العائلي البالغ الذي وقع الطلب ليس له رقم ضمان اجتماعي. سوف نستخدم المعلومات الخاصة بك لتحديد ما إذا كان طفلك يستحق الوجبات المجانية أو المخفضة السعر وأيضاً سنستخدمها لإدارة وتنفيذ برامج الفطور والغداء. قد نتشارك معلومات الاستحقاق الخاصة بك مع التعليم، والصحة، وبرامج التغذية لمساعدتهم على تقييم أو تمويل أو تحديد الفوائد لبرامجهم ومدققى حسابات لمراجعة البرنامج ومسؤولين قانونيين للتنفيذ وذلك لمساعدتهم في النظر في انتهاكات قوانين البرنامج.

بموجب قانون الحقوق المدنية الفدرالية و لوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية، وزارة الزراعة الأمريكية بوكالاتها ومكاتبها وموظفيها ومؤسساتها المشاركة فيها والتي تدير برامجها ممنوعة من التمييز على اساس العرق أو اللون أو الجنس أو الاصل القومي أو العقيدة الدينية أو الاعاقة أو العمر أو الاعتقادات السياسية أو الانتماء لأجل نشاط حقوقي مدني مسبق في اي برنامج ممول أو متولى من قبل وزارة الزراعة الامريكية.

لا تملأ للاستخدام المدرسي فقط

لا تملأ

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

How often?

Total Income	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Household size
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Categorical Eligibility

Eligibility:

Oregon Expanded Income Group Eligible:

Free	Reduced	Paid	N/A	Yes	No
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date