

## 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"/>	
<b>Parte 2. BENEFÍCIOS</b> SE QUALQUER MEMBRO DE SEU DOMICÍLIO RECEBER [State SNAP], [FDPIR] OU [State TANF Cash Assistance], 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: _____				
<b>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 [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]</b> CRIANÇA DE RUA <input type="checkbox"/> MIGRANTE <input type="checkbox"/> CRIANÇA QUE FUGIU DE CASA <input type="checkbox"/>				
<b>PARTE 4. RENDA BRUTA TOTAL DO DOMICÍLIO. Você deve nos informar o valor total e a frequência de recebimento.</b>				
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 Haváí 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."