

Modèle d'Application du Foyer pour les Repas Gratuits et à Prix Réduits des Cantines Scolaires

Appliquez sur internet sur <https://mealapps.cobbk12.org/>

Remplir une forme d'application par foyer. Veuillez utiliser une plume (non un crayon).

ETAPE 1 Dressez une liste de TOUS Membres du Foyer qui sont des bébés, enfants, et élèves jusqu'à classe 12 y compris (s'il y a besoin de beaucoup plus d'espaces, attachez une autre feuille de papier)

Définition de Membre du Foyer:
"Toute personne qui vit avec vous et collabore dans le revenu et les dépenses, même s'il n'est pas de la famille."

Les enfants en **Soin adoptif** et ceux qui sont définis comme **Sans-abri, Nomade ou Cocorates** sont éligibles pour les repas gratuits. Lire comment appliquer pour **Cantines Scolaires Gratuites et à Prix Réduits** pour de plus amples informations.

| Prénom de l'Enfant | MI | Nom de l'Enfant | Classe | Elève? Oui Non | | Enfant en Adoption | Sans-abri, Nomade, Cocorate |
|--------------------|----|-----------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | | <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"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Crochez tout ce qui y applique

ETAPE 2 Est-ce que les Membres du Foyer (y compris vous) participe actuellement dans un ou plus des programmes d'aide suivants: SNAP, TANF, or FDIPIR?

Si c'est NON > Allez à ETAPE 3.

Si c'est OUI > Ecrivez un numéro social ici puis passez dans l'ETAPE 4
(Ne complétez pas ETAPE 3)

Numéro Social:

Ecrivez uniquement un numéro social dans cette espace.

ETAPE 3 Rapportez le Revenu pour TOUS les Membres du Foyer (Sautez cette étape si vous aviez répondu 'Oui' dans l'ETAPE 2)

N'êtes vous pas sûr lequel des revenus il faut mettre ici?

Prenez la page puis réviser les graphes titrés "Sources de Revenu" pour beaucoup plus d'information.

Le graphe "Les sources de Revenu pour Enfant" vous aidera avec la section Revenu des Enfants.

Le graphe "Les sources de Revenu pour Enfant" vous aidera avec la section Tous les Membres Adultes du Foyer.

A. Revenu pour Enfant

Certaines fois des enfants au sein du foyer gagnent ou reçoivent un revenu. Veuillez mettre le TOTAL de revenu reçu par les Membres du Foyer qui sont dans la liste de l'ETAPE 1 ici.

Revenu pour Enfant

\$

A quelle fréquence?

| Chaque semaine | De fois chaque Semaine | 2 fois chaque mois | Chaque mois |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B. Tous les Membres du Foyer (y compris vous)

Dressez une liste de tous les Membres du foyer qui se trouvent dans la liste de l'ETAPE 1 (y compris vous) même s'ils ne reçoivent aucun revenu. Pour chacun des Membres du Foyer de la liste, s'ils ne reçoivent pas de revenu, raporter le revenu brut total (avant taxes) pour chaque source uniquement en dollars entier (pas de centimes) S'ils ne reçoivent pas de revenu d'aucune source, écrivez '0'. Si vous écrivez '0' ou bien laissez une des parties blanches, vous certifiez (promettez) qu'il n'y a aucun revenu à rapporter.

| Nom des Membres Adultes du Foyer | Gains provenant du travail | A quelle fréquence? | | | | Aide publique/assistance à l'enfant/ Alimony | A quelle fréquence? | | | | Pensions/Retraites/ Autres revenus | A quelle fréquence? | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Chaque semaine | De fois chaque Semaine | 2 fois chaque mois | Chaque mois | | Chaque semaine | De fois chaque Semaine | 2 fois chaque mois | Chaque mois | | Chaque semaine | De fois chaque Semaine | 2 fois chaque mois | Chaque mois |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Total des Membres du Foyer (Enfants et Adultes)

Les Quatre Derniers Chiffres du Numéro de Sécurité Social (SSN) du Salaire Ouvrier Principal ou bien Autre Membre Adulte du Foyer

X X X X

X X

Crochez si pas de SSN

ETAPE 4 Coordonnées de contact et signature d'adulte

"Je certifie (promet) que toutes les informations sur cette forme d'application est vraie et que tout revenu est rapporté. Je comprends que cette information est fournie en rapport avec le reçu de Trésor Fédéral, et que les responsables de l'établissement scolaire peuvent vérifier(crochez) l'information. Je suis au courant que dans le cas où j'ai fait exprès de donner de fausses informations, mes enfants pourront perdre les avantages des repas, et aussi je pourrai être poursuivi en justice selon les lois Fédérales et Etatiques en vigueur."

Rue (en cas où c'est disponible)

Numéro d'appartement

Ville

Etat

Code postal

Téléphone de la journée et Email (au choix)

Nom tapé de l'adulte qui signe la forme

Paraphe de l'adulte

Date du jour

| Source de Revenu pour Enfants | |
|---|--|
| Sources de Revenu de l'Enfant | Par exemple: |
| - Gain provenant de travail | - Un enfant ayant un job régulier à temps plein ou partiel où l'on puisse toucher un salaire ou gage |
| - Sécurité Sociale (SSN) - Paiements pour Infirmité - Dédomagement de Rescapé | - Un enfant qui est aveugle ou infirme et qui reçoit des avantages de Sécurité Sociale - Un parent qui est infirme, retraité, ou décédé, et l'enfant reçoit les avantages de sécurité sociale |
| - Revenu de personne à l'extérieur du foyer | - Un ami ou membre de famille élargie qui donne à un enfant régulièrement de l'argent de poche. |
| - Revenu de toute autre source | - Un enfant qui reçoit un revenu régulier de fonds de pension privée, solde annuel, ou économie |

| Source de Revenu pour Adultes | | |
|--|---|---|
| Gains provenant du travail | Aide publique/Alimony/assistance à l'enfant | Pension/Retraite/Tout autre revenu |
| - Salaire, gage, bonus en argent - Revenu net provenant de ses activités indépendantes (ferme ou business) Si vous êtes dans l'armée Américaine: - Paiement principal et bonus en argent(Ne mettez pas paiement pour combat, FSSA ou bien les allocations pour logement privées) - Allocation pour logement provisoire, nourriture et habilment | - Dédomagement pour révocation - Rémunération du Travailleur - Revenu de Sécurité Supplémentaire (SSI) - Aide en argent cash provenant du gouvernement local ou du Département - Paiement d'alimony - Paiement d'assistance à l'enfant - Dédomagement des Vétérans - Dédomagement pour grève | - Sécurité Sociale (y compris les avantages pour retraite de routeraïl et de poumon noir) - Pensions Retraïées ou avantaj pou infirme - Revenu régulier provenant d'économie ou bien d'habitation - Solde annuel - Revenu d'investissement - Multiplication de revenu - Revenu de loyage - Paiement en argent cash provenant de l'extérieur du foyer |

AU CHOIX Identités raciale et Groupe Ethnique des Enfants

On nous demande de prendre des informations concernant la race et le groupe ethnique de vos enfants. Ces informations sont importantes et aide à nous assurer que nous donnons un plein service à notre communauté. Cette partie est au choix et n'affecte pas l'éligibilité de vos enfants pour les cantines scolaires gratuites ou à prix réduits.

Groupe ethnique (crochez un) : Espagnol ou Latino Non Espagnol ou Latino

Race (crochez un ou plus) : Amerindien ou Natif d'Alaska Asiatique Noir ou AfroAméricain Natif d'Hawaii ou Autre Habitant des Iles Pacifiques

Blanc

Le Richard B. Russell National School Lunch Act demande des informations sur cette forme d'application. Vous n'avez pas à donner les informations, mais si vous ne le faites, nous ne pouvons pas approuver votre enfant pour les repas gratuits ou à prix réduits. Vous devez mettre les quatre derniers chiffres de leur numéro de sécurité social du membre adulte du foyer qui signe la forme d'application. Les quatre derniers chiffres du numéro de sécurité social n'est pas exigé lorsque vous appliquez pour la tête d'un enfant en adoption ou vous dressez une liste du Programme d'aide en Nutrition Supplémentaire (SNAP), Programme d'Aide Temporaire pour les Familles en Nécessité (TANF) ou numéro social du Programme de Distribution de Nourriture sur les Habitations Américaines (FDPIR) ou autre identifiant FDPIR pour vos enfants ou bien lorsque vous indiquez que le membre adulte du foyer signant la forme d'application n'a pas un numéro de sécurité social. Nous utiliserons les informations pour déterminer si votre enfant est éligible pour les repas gratuits et à prix réduits, ainsi que pour les programmes d'administration et de renforcement du dîner et du déjeuner. Nous POUVONS partager vos informations éligibilité avec les programmes d'éducation, de santé et de nutrition en vue de les aider d'évaluer, sponsoriser, ou de déterminer les avantages pour leurs programmes, des auditeurs pour les révisions du programme, et des agents d'exécution de la loi pour leur aider à percevoir les violations des règlements du programme.

En conformité avec la loi sur les droits civils Fédéraux et aussi les politiques et agencements des droits civils du Département de l'Agriculture des Etats-Unis (USDA), Le USDA et ses agences, bureaux et employés, et les institutions qui participent dedans ou administrant les programmes USDA sont défendus de faire des discriminations raciales, de couleurs, d'origine natif natale, de sexe, d'infirmité, d'âge ou de repréailles pour les activités liées aux droits civils dans tout programme ou activité dirigé ou sponsorisé par le USDA.

Les personnes avec infirmité qui nécessitent des moyens de communication pour les informations sur le programme (par exemple Braille, grosse lettre, radiocassette, Langue en Signe Américain, etc.) devraient contacter l'Agence (Département ou Local) là où ils font l'application pour les avantages. Les personnes qui sont sourdes, mal pour entendre ou ont leurs langues lourdes peuvent contacter la USDA à travers le Service de Relayage Fédéral au (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Espagnol). En plus de cela, les informations sur le programme peuvent être disponibles en plus de langues autre que l'Anglais.

Pour déposer une doléance contre la discrimination, remplissez la Forme du Programme de l'USDA concernant Doléance contre la Discrimination. (AD-3027) trouvé sur internet au: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, et dans n'importe quel bureau USDA, ou adressez une lettre à USDA puis mettez dans la lettre toutes les informations exigées dans la forme. Pour demander une copie de la forme de doléance, appeler(866) 632-9992. Envoyez votre forme bien remplie ou lettre à USDA par:

La poste: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

Fax: (202) 690-7442; oswa
email: program.intake@usda.gov.

Cette institution est un employeur et fournisseur d'opportunité à équité.

Ne remplissez pas Pour Usage a l'Ecole Uniquement

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

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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