



ใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลด และแบบฟอร์มการตรวจสอบข้อเท็จจริง

ปีการศึกษา _____ - _____

คำแนะนำสำหรับเขตโรงเรียน

เอกสารชุดนี้ประกอบด้วย

จำเป็น ข้อมูลที่ *ต้อง* จัดส่งให้แก่ครอบครัวต่างๆ ได้แก่

- จดหมายถึงครอบครัว
- ใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลด

เอกสารข้อมูลการตรวจสอบข้อเท็จจริง

- จดหมายแจ้งทางเลือกสำหรับการตรวจสอบการมีสิทธิ์
- จดหมายแจ้งผลการตรวจสอบ

ไม่จำเป็น เอกสารที่เกี่ยวข้องกับใบสมัคร ซึ่ง *อาจ* จัดส่งให้แก่ครอบครัวต่างๆ ได้แก่

- การแจ้งข้อมูลให้ Medicaid/SCHIP ทราบ
- การแจ้งข้อมูลให้โปรแกรมอื่นๆ ทราบ

หน้าเหล่านี้ได้รับการจัดทำขึ้นเพื่อให้พิมพ์บนกระดาษขนาด 8½" x 11" หน้าบางหน้าอาจพิมพ์ที่ด้านหน้าและหลัง คุณจะต้องระบุให้ทราบถึงสวัสดิการที่เสนอให้ในโรงเรียนของคุณ เช่น อาหารว่างหลังเลิกเรียน **[โปรดในวงเล็บ]** ระบุส่วนที่คุณต้องใส่ข้อมูลโดยเฉพาะของเขตโรงเรียน ตัวอย่างเช่น คุณต้องใส่หมายเลขโทรศัพท์ที่ไม่ต้องเสียเงินค่าโทรฯ ของเขตโรงเรียนของคุณ สำหรับให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบข้อเท็จจริงไว้ในเอกสารการตรวจสอบต่างๆ ด้วย ถ้าเอกสารเหล่านี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขเพื่อใส่ชื่อรัฐของคุณสำหรับโปรแกรมความช่วยเหลือชั่วคราวแก่ครอบครัวที่ขัดสน (Temporary Assistance to Needy Families หรือ TANF) โปรแกรมประกันสุขภาพเด็กในรัฐ (State Children's Health Insurance Program หรือ SCHIP) หรือ (หากเกี่ยวข้อง) เพื่อใส่โปรแกรมการแจกจ่ายอาหารในเขตสงวนของชนอเมริกันพื้นเมือง (Food Distribution Program on Indian Reservations หรือ FDPIR) คุณควรใส่ข้อมูลนี้ตามความเหมาะสม ถ้าคุณทำการแก้ไขเพิ่มเติมใดๆ คุณต้องส่งใบสมัครทั้งชุดของคุณให้แก่หน่วยงานในรัฐของคุณเพื่อขออนุมัติ

ชุดใบสมัครต้นแบบนี้มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการยกเว้นเงินเบี้ยเลี้ยงค่าที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่อยู่ในโปรแกรมพิเศษสำหรับที่พักอาศัยของทหาร (Military Housing Privatization Initiative) ถ้าการยกเว้นนี้ไม่เกี่ยวข้องกับเขตโรงเรียนของคุณ ขอให้เปลี่ยนแปลงแก้ไขตามความเหมาะสม

ถ้าคุณมีข้อสงสัยใดๆ กรุณาติดต่อ

[State agency address]

[Insert School District Letterhead]

เรียน ผู้ปกครองเด็ก

เด็กฯ ต้องการอาหารที่ดีมีประโยชน์จึงจะสามารถเรียนรู้ได้ดี [Name of School]

จัดหาอาหารที่ดีมีประโยชน์ให้ทุกวันเรียน ค่าอาหารเช้า [\$]

ค่าอาหารกลางวัน [\$]

เด็กของคุณอาจมีสิทธิ์รับอาหารได้ฟรีหรือในราคาลด ราคาลดสำหรับอาหารเช้าคือ [\$]

และสำหรับอาหารกลางวันคือ [\$]

1. **ฉันต้องการใบสมัครสำหรับเด็กแต่ละคนหรือไม่** ไม่จำเป็น ขอให้กรอกใบสมัครเพื่อสมัครขอรับอาหารฟรีหรือในราคาลด คุณสามารถใช้ใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลด เพียงใบเดียวสำหรับนักเรียนทุกคนในครัวเรือนของคุณ เราจะไม่อนุมัติใบสมัครที่กรอกไม่สมบูรณ์ ดังนั้น ขอให้กรอกข้อมูลทั้งหมดที่จำเป็น **ขอให้ส่งใบสมัครที่กรอกโดยสมบูรณ์แล้วถึง [name, address, phone number]**

2. **ใครบ้างที่จะสามารถรับอาหารฟรีได้** เด็กในครอบครัวที่ได้รับสวัสดิการแสดมปีอาหาร หรือ TANF และเด็กในอุปถัมภ์ (foster child) ส่วนใหญ่สามารถรับอาหารฟรีได้ไม่ว่าคุณจะมีเงินรายได้เท่าใดก็ตาม นอกจากนี้ เด็กของคุณยังสามารถรับประทานอาหารของโรงเรียนได้ฟรี ถ้ารายได้ของครัวเรือนของคุณไม่เกินขีดจำกัดสำหรับการมีสิทธิ์รับอาหารฟรีที่กำหนดไว้ในแนวนโยบายของรัฐบาลกลางว่าด้วยรายได้

3. **เด็กใ้ที่อยู่** เด็กที่หนีออกจากบ้าน และเด็กที่ผู้ปกครองโยกย้ายที่อยู่ตามงาน สามารถรับอาหารฟรีได้หรือไม่ ถ้าคุณยังไม่ได้รับแจ้งว่าเด็กของคุณจะได้รับอาหารฟรี กรุณาโทรศัพท์ถึง [school, homeless liaison or migrant coordinator] เพื่อสอบถามว่าเด็กของคุณมีสิทธิ์หรือไม่

4. **ใครบ้างที่จะทานอาหารโรงเรียนในราคาลดได้** เด็กของคุณจะสามารถทานอาหารโรงเรียนในราคาลดได้ ถ้ารายได้ในครัวเรือนของคุณไม่เกินขีดจำกัดสำหรับการมีสิทธิ์รับอาหารในราคาลดในตารางรายได้จากรัฐบาลกลาง ซึ่งปรากฏอยู่ในใบสมัครนี้

5. **ฉันควรกรอกใบสมัครหรือไม่** ถ้าฉันได้รับจดหมายในปีการศึกษานี้แจ้งว่า **เด็กของฉันได้รับอนุมัติให้ทานอาหารโรงเรียนได้ฟรีหรือในราคาลด** กรุณาอ่านจดหมายที่คุณได้รับอย่างละเอียด และปฏิบัติตามคำแนะนำในจดหมายดังกล่าว ถ้าคุณมีข้อสงสัยใดๆ กรุณาโทรศัพท์ถึงโรงเรียนที่หมายเลขโทรศัพท์ [phone number]

6. **ฉันได้รับ WIC** เด็กของฉันจะทานอาหารโรงเรียนได้ฟรีหรือไม่ เด็กในครัวเรือนที่เข้าร่วมใน WIC อาจมีสิทธิ์ทานอาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลดได้ กรุณากรอกใบสมัคร

7. **จะมีการตรวจสอบข้อมูลที่ฉันให้หรือไม่** มี เราอาจขอให้คุณส่งหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่เรา

8. **ถ้าฉันมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมในตอนี้** ฉันจะสมัครขอรับในภายหลังได้หรือไม่ ได้ คุณสามารถสมัครได้ทุกเมื่อในระหว่างปีการศึกษา ถ้าจำนวนคนในครอบครัวของคุณเพิ่มขึ้น รายได้ของคุณน้อยลง หรือถ้าคุณเริ่มได้รับแสดมปีอาหาร, TANF หรือสวัสดิการอื่นๆ ถ้าคุณถูกปลดออกจากงาน เด็กของคุณอาจสามารถทานอาหารโรงเรียนได้ฟรีหรือในราคาลดได้

9. **ฉันควรทำอะไร** ถ้าฉันไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของโรงเรียนเกี่ยวกับใบสมัครของฉัน คุณควรติดต่อเจ้าหน้าที่ของโรงเรียน นอกจากนี้ คุณยังสามารถขอให้มีการพิจารณาไ้สวน โดยขอให้โทรศัพท์หรือเขียนจดหมายถึง [name, address, phone number]

10. **ฉันจะสมัครได้หรือไม่** ถ้าบางคนในครัวเรือนของฉันไม่ได้เป็นพลเมืองของสหรัฐฯ ได้ คุณหรือเด็กของคุณไม่จำเป็นต้องเป็นพลเมืองของสหรัฐฯ จึงจะมีสิทธิ์ทานอาหารโรงเรียนได้ฟรีหรือในราคาลด

11. **ใครบ้างที่ฉันควรใส่ว่าเป็นสมาชิกในครัวเรือนของฉัน** คุณต้องใส่ชื่อคนทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนของคุณ ไม่ว่าคนคนนั้นจะมีความเกี่ยวข้องทางสายโลหิตกับคุณหรือไม่ก็ตาม (เช่น ปู่ย่าตายาย ญาติคนอื่น ๆ หรือเพื่อน) คุณต้องใส่ชื่อตัวเองและชื่อเด็กทุกคนที่อาศัยอยู่กับคุณด้วย

12. **ฉันควรทำอะไร** ถ้ารายได้ของฉันไม่เท่ากันทุกครั้ง เขียนจำนวนเงินรายได้ที่คุณได้รับโดยปกติ เช่น ถ้าโดยปกติแล้ว คุณได้รับรายได้ \$1000 ต่อเดือน แต่คุณขาดงานเมื่อเดือนที่แล้ว และได้เงินเพียง \$900 ขอให้เขียนว่าคุณมีรายได้ \$1000 ต่อเดือน ถ้าโดยปกติแล้วคุณได้เงินค่าล่วงเวลา ขอให้รวมจำนวนนั้นเข้าไปด้วย แต่ถ้าคุณได้เงินค่าล่วงเวลาเพียงบางครั้งบางคราว คุณไม่ต้องรวมเงินค่าล่วงเวลาเข้าไปด้วย

13. **เราบริหารทหาร** เราต้องใส่เงินเบี่ยเลี้ยงที่พักอาศัยว่าเป็นเงินรายได้หรือไม่ ถ้าที่พักอาศัยของคุณเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมพิเศษสำหรับที่พักอาศัยของทหาร (Military Housing Privatization Initiative) อยารวมเงินเบี่ยเลี้ยงที่พักอาศัยว่าเป็นรายได้ สำหรับเบี่ยเลี้ยงอื่นๆ ทั้งหมด ขอให้บวกรวมเข้าในรายได้รวมของคุณ

ถ้าคุณมีข้อสงสัยอื่นๆ หรือต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ถึงหมายเลข [phone number]

Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: [phone number].

Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: [phone number].

ด้วยความเคารพ

[signature]

คำแนะนำในการสมัคร

ถ้าครัวเรือนของคุณได้รับแสดมปีอาหาร หรือ TANF ขอให้ปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านี้

- ส่วนที่ 1: เขียนชื่อเด็ก โรงเรียน ระดับชั้น และหมายเลขเรื่องในโปรแกรมแสดมปีอาหารหรือ TANF
- ส่วนที่ 2: กาเครื่องหมายถูกลงในช่องที่เหมาะสม ถ้ามี
- ส่วนที่ 3: ข้ามส่วนนี้ไป
- ส่วนที่ 4: ข้ามส่วนนี้ไป
- ส่วนที่ 5: เซ็นชื่อในแบบฟอร์ม ไม่จำเป็นต้องมีหมายเลขประกันสังคม
- ส่วนที่ 6: ตอบคำถามข้อนี้ ถ้าคุณต้องการ

กาเครื่องหมายถูกลงในช่องที่เหมาะสม และติดต่อ [your school, homeless liaison, migrant coordinator] กรอกใบสมัคร โดยปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับครัวเรือนอื่นๆ ทั้งหมด

ถ้าคุณกำลังสมัครให้แก่เด็กในอุปถัมภ์ (foster child) กรุณาปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านี้

- ส่วนที่ 1: ใช้ใบสมัครคนละใบสำหรับเด็กในอุปถัมภ์แต่ละคน เขียนชื่อเด็ก โรงเรียน และระดับชั้น
- ส่วนที่ 2: ข้ามส่วนนี้ไป
- ส่วนที่ 3: กาเครื่องหมายถูกลงในช่อง และเขียนจำนวนเงินรายได้ต่อเดือนสำหรับการใช้ส่วนตัวของเด็ก ถ้ามี
- ส่วนที่ 4: ข้ามส่วนนี้ไป
- ส่วนที่ 5: เซ็นชื่อในแบบฟอร์ม ไม่จำเป็นต้องมีหมายเลขประกันสังคม
- ส่วนที่ 6: ตอบคำถามข้อนี้ ถ้าคุณต้องการ

ครัวเรือนอื่นๆ ทั้งหมด รวมทั้งครัวเรือนที่รับ WIC ขอให้ปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านี้

- ส่วนที่ 1: เขียนชื่อเด็กแต่ละคน โรงเรียน และระดับชั้น
- ส่วนที่ 2: กาเครื่องหมายถูกลงในช่องที่เหมาะสม ถ้ามี
- ส่วนที่ 3: ข้ามส่วนนี้ไป
- ส่วนที่ 4: ปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านี้ เพื่อรายงานรายได้รวมของครัวเรือนตั้งแต่เดือนที่แล้ว
คอลัมน์ที่ 1 – ชื่อ เขียนชื่อและนามสกุลของแต่ละคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนของคุณ ไม่ว่าจะคนคนนั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับสายโลหิตกับคุณหรือไม่ก็ตาม (เช่น ปู่ย่าตายาย ญาติคนอื่นๆ หรือเพื่อน) คุณต้องใส่ชื่อตัวเองและเด็กทุกคนที่อาศัยอยู่กับคุณด้วย ถ้าเนื้อที่ไม่พอ ขอให้เขียนในกระดาษอีกแผ่น และแนบกระดาษแผ่นนั้นมาด้วย
คอลัมน์ที่ 2 – รายได้รวมของเดือนที่แล้ว และความถี่ในการได้รับเงิน ถัดจากชื่อของคุณแต่ละคน ขอให้เขียนจำนวนเงินสำหรับรายได้แต่ละประเภทที่ได้รับเมื่อเดือนที่แล้ว และความถี่ในการได้รับเงินรายได้นั้น ตัวอย่างเช่น *รายได้จากการทำงาน*: เขียนรายได้รวมที่แต่ละคนได้รับจากการทำงาน นี้ไม่ใช่จำนวนเงินที่ได้รับจริงหลังจากหักภาษีแล้ว **รายได้รวมคือ** จำนวนเงินที่หาได้ก่อนหักภาษีและค่าลดหย่อนอื่นๆ จำนวนเงินนี้ควรอยู่ในใบแจ้งที่มาเก็บเช็คเงินค่าจ้างของคุณ หรือหัวหน้าของคุณสามารถบอกให้คุณทราบได้ ถัดจากจำนวนเงินนี้ ขอให้เขียนความถี่ที่บุคคลนั้นได้รับเงินนั้น (รายสัปดาห์ ทุกสองสัปดาห์ เดือนละสองครั้ง หรือรายเดือน) *รายได้อื่นๆ ทั้งหมด*: เขียนจำนวนเงินความช่วยเหลือจากรัฐบาลที่บุคคลแต่ละคนได้รับเมื่อเดือนที่แล้ว เงินค่าเลี้ยงดูบุตร เงินค่าเลี้ยงดูจากอดีตคู่สมรส (คอลัมน์ที่สอง) เงินบำนาญ เงินเกษียณอายุ เงินประกันสังคม (คอลัมน์ที่สาม) และแหล่งรายได้อื่นๆ ทั้งหมด (คอลัมน์ที่สี่) ในคอลัมน์ "อื่นๆ ทั้งหมด" ขอให้รวมเงินชดเชยสำหรับคนงาน เงินสวัสดิการการว่างงาน สวัสดิการการนัดหยุดงาน รายได้เสริมประกันสังคม (SSI) สวัสดิการทหารผ่านศึก (สวัสดิการ VA) สวัสดิการบุคคลทุพพลภาพ เงินที่ได้รับเป็นปกติจากบุคคลที่ไม่ได้อยู่อาศัยในครัวเรือนของคุณ และเงินรายได้อื่นๆ ทั้งหมด ขอให้รายงานกำไรสุทธิสำหรับรายได้จากธุรกิจที่ตัวเองเป็นเจ้าของ ฟาร์ม หรือรายได้จากการให้เช่า ถัดจากจำนวนเงินนี้ ขอให้เขียนความถี่ที่บุคคลคนนั้นได้รับเงินนั้น ถ้าคุณอยู่ในโปรแกรมพิเศษสำหรับที่พักอาศัยของทหาร (Military Housing Privatization Initiative) กรุณาอย่ารวมเงินเบี่ยเลี้ยงที่พักอาศัย
คอลัมน์ที่ 3 – กาเครื่องหมายถูก ถ้าไม่มีรายได้: ถ้าบุคคลนี้ไม่มีรายได้เลย ขอให้กาเครื่องหมายถูกลงในช่องนี้
- ส่วนที่ 5: ผู้ใหญ่หนึ่งคนในครัวเรือนต้องเซ็นชื่อในแบบฟอร์ม และเขียนหมายเลขประกันสังคมของตนลงไป หรือกาเครื่องหมายในช่อง ถ้าบุคคลที่เซ็นชื่อไม่มีหมายเลขประกันสังคม
- ส่วนที่ 6: ตอบคำถามนี้ ถ้าคุณต้องการ

ใบสมัครของครอบครัวเพื่อขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลด

ส่วนที่ 1 เด็กในโรงเรียน (ใช้ใบสมัครคนละใบสำหรับเด็กในอุปถัมภ์ (foster child) แต่ละคน)			
ชื่อของเด็กของคุณทุกคนที่อยู่ในโรงเรียน (ชื่อตัว ชื่อรอง นามสกุล)	ชื่อโรงเรียน	ระดับชั้น	หมายเลขเรื่องของโปรแกรมแสดมปีอาหารหรือ TANF (ถ้ามี) ข้ามไปส่วนที่ 5 ถ้าคุณใส่หมายเลขเรื่องของแสดมปีอาหารหรือ TANF

ส่วนที่ 2 ถ้าเด็กที่คุณกำลังสมัครให้ เป็นเด็กไร้ที่อยู่ เด็กที่ผู้ปกครองโยกย้ายที่อยู่ตามงาน หรือเด็กที่หนีออกจากบ้าน ขอให้กาเครื่องหมายถูกลงในช่องที่เหมาะสม และโทรศัพท์ถึง [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]

ไร้ที่อยู่ ผู้ปกครองโยกย้ายตามงาน หนีออกจากบ้าน

ส่วนที่ 3 เด็กในอุปถัมภ์ (foster child)

ถ้าใบสมัครนี้เป็นใบสมัครสำหรับเด็กที่เป็นความรับผิดชอบทางกฎหมายของหน่วยงาน welfare หรือของศาล ขอให้กาเครื่องหมายถูกลงในช่องนี้
จากนั้น เขียนจำนวนเงินรายได้ต่อเดือนสำหรับการใช้ส่วนตัวของเด็ก: \$ _____ จากนั้น ข้ามไปยังส่วนที่ 5

ส่วนที่ 4 รายได้รวมของทั้งครัวเรือน — คุณต้องบอกจำนวนเงินและความถี่ในการได้รับเงิน

1. ชื่อ (เขียนชื่อทุกคน ในครัวเรือน) <i>(ตัวอย่างเช่น)</i> Jane Smith	2. รายได้รวมและความถี่ในการได้รับเงิน <i>ตัวอย่างเช่น \$100/เดือน \$100/เดือนละสองครั้ง \$100/ทุกสองสัปดาห์ \$100/สัปดาห์</i>				3. กาใน ช่อง ถ้าไม่มี รายได้
	เงินค่าจ้างจากการทำงาน ก่อนหักค่าลดหย่อนต่างๆ	เงินความช่วยเหลือจากรัฐบาล เงินค่าเลี้ยงดูบุตร เงินค่าเลี้ยงดูติดคู่สมรส	เงินบำนาญ เงินเกษียณ อายุ เงินประกันสังคม	เงินรายได้อื่นๆ ทั้งหมด	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<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"/>

ส่วนที่ 5 ลายเซ็นและหมายเลขประกันสังคม (ผู้ใหญ่ต้องเซ็นชื่อ)

ผู้ใหญ่คนหนึ่งในครัวเรือนจะต้องเซ็นชื่อลงในใบสมัครนี้ ถ้ากรอกข้อมูลในส่วนที่ 4 ผู้ใหญ่คนที่เซ็นชื่อในแบบฟอร์มนี้จะต้องเขียนหมายเลขประกันสังคมของตน หรือกาเครื่องหมายในช่อง "ข้าพเจ้าไม่มีหมายเลขประกันสังคม" (กรุณาอ่านถ้อยแถลงของกฎหมายว่าด้วยการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ด้านหลังของหน้านี้)

ข้าพเจ้าขอรับรอง (สัญญา) ว่า ข้อมูลทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริง และว่าข้าพเจ้าได้แจ้งรายได้ทั้งหมด ข้าพเจ้าเข้าใจว่า โรงเรียนจะได้รับเงินจากรัฐบาลกลางโดยอาศัยข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า เจ้าหน้าที่ของโรงเรียนอาจตรวจสอบข้อเท็จจริงของข้อมูลเหล่านี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ถ้าข้าพเจ้าเจตนาให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง เด็กของข้าพเจ้าอาจถูกตัดสวัสดิการอาหารโรงเรียน และข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดี

เซ็นชื่อที่นี่: X _____ ชื่อตัวบรรจง: _____ วันที่: _____

ที่อยู่: _____ หมายเลขโทรศัพท์: _____

หมายเลขประกันสังคม: _____ - _____ - _____ ข้าพเจ้าไม่มีหมายเลขประกันสังคม

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติและชาติพันธุ์ของเด็ก (จะตอบหรือไม่ก็ได้)

กาเครื่องหมายลงในช่องหนึ่งช่องหรือมากกว่า:		กาเครื่องหมายลงในช่องหนึ่งช่อง:
<input type="checkbox"/> เอเชีย	<input type="checkbox"/> อเมริกันพื้นเมืองหรือพื้นเมืองอลาสกา	<input type="checkbox"/> ฮิสแปนิกหรือละตินอเมริกา
<input type="checkbox"/> ผิวขาว	<input type="checkbox"/> พื้นเมืองฮาวายหรือชนอื่นๆ ที่มาจากเกาะในมหาสมุทรแปซิฟิก	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ฮิสแปนิกหรือละตินอเมริกา
<input type="checkbox"/> ผิวดำหรือแอฟริกันอเมริกัน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ	

อย่ากรอกส่วนนี้ ส่วนนี้สำหรับให้โรงเรียนกรอกเท่านั้น

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: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

**เด็กของคุณอาจมีสิทธิ์รับ
อาหารฟรีหรือในราคาลด
ถ้ารายได้ของครัวเรือนของคุณ
ไม่เกินขีดจำกัดที่อยู่ใน
ตารางนี้**

ตารางรายได้จากรัฐบาลกลาง สำหรับปีการศึกษา _____			
ขนาดครัวเรือน	รายปี	รายเดือน	ราย สัปดาห์
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
แต่ละคนที่เพิ่มขึ้น:			

**ถ้อยแถลงของกฎหมายว่าด้วยการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล: ถ้อยแถลงนี้อธิบายว่าเราจะใช้ข้อมูล
ที่คุณให้แก่เราอย่างไร**

กฎหมาย Richard B. Russell National School Lunch กำหนดว่าต้องมีข้อมูลนี้ในใบสมัครนี้ คุณไม่ต้องให้
ข้อมูลดังกล่าว แต่ถ้าคุณไม่ให้ เราจะไม่สามารถอนุมัติอาหารฟรีหรือในราคาลดให้แก่เด็กของคุณได้ คุณต้อง
ใส่หมายเลขประกันสังคมของผู้ใหญ่ในครัวเรือนซึ่งเป็นผู้ที่เซ็นชื่อในใบสมัครนี้ด้วย คุณไม่จำเป็นต้องใส่
หมายเลขประกันสังคม ถ้าคุณสมัครในฐานะตัวแทนของเด็กในอุปถัมภ์ (foster child) หรือเขียนหมายเลข
เรื่องของโปรแกรมแสดมปีอาหาร โปรแกรมความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่ขัดสน (Temporary
Assistance for Needy Families หรือ TANF) หรือโปรแกรมการแจกจ่ายอาหารในเขตสงวนของชนอเมริกัน
พื้นเมือง (Food Distribution Program on Indian Reservations หรือ FDPIR) หรือข้อมูลอื่นๆ ที่ระบุถึง
FDPIR สำหรับเด็กของคุณ หรือเมื่อคุณระบุว่าผู้ใหญ่ในครัวเรือนคนที่เซ็นชื่อในใบสมัครไม่มีหมายเลข
ประกันสังคม เราจะใช้ข้อมูลของคุณเพื่อตัดสินว่าเด็กของคุณมีสิทธิ์รับอาหารฟรีหรือในราคาลดได้หรือไม่
และเพื่อการบริหารจัดการและควบคุมดูแลโปรแกรมอาหารกลางวันและอาหารเช้า เราอาจเปิดเผยข้อมูลใน
ใบสมัครของคุณแก่โปรแกรมเพื่อการศึกษา สุขภาพ และโภชนาการต่างๆ เพื่อช่วยโปรแกรมเหล่านั้นในการ
ประเมิน ให้ทุน หรือกำหนดจำนวนเงินสวัสดิการสำหรับโปรแกรมเหล่านั้น เปิดเผยให้แก่ผู้ตรวจสอบบัญชีเพื่อ
การตรวจสอบทบทวนโปรแกรม และให้แก่เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเพื่อช่วยเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบ
พิจารณาการฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ต่างๆ ของโปรแกรม

**ถ้อยแถลงว่าด้วยการไม่เลือกปฏิบัติ: ถ้อยแถลงนี้อธิบายว่าคุณควรทำอย่างไร ถ้าคุณเชื่อว่าคุณ
ได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม ตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและนโยบายของกระทรวงเกษตรกรรม
ของสหรัฐฯ ห้ามสถาบันนี้เลือกปฏิบัติโดยพิจารณาจากเชื้อชาติ สีผิว แหล่งกำเนิด เพศ อายุ หรือภาวะทุพพล
ภาพ หากต้องการยื่นคำร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ กรุณาส่งจดหมายถึง *USDA, Director, Office of
Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC
20250-9410* หรือโทรศัพท์ถึงหมายเลข 202-720-5964 (เสียงและสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการฟัง)
กระทรวงเกษตรกรรมของสหรัฐฯ เป็นผู้จัดหาและผู้ว่าจ้างที่ให้โอกาสทุกคนเท่าเทียมกัน**

การเปิดเผยข้อมูลแก่ MEDICAID/SCHIP

เรียน ผู้ปกครองเด็ก

ถ้าเด็กของคุณได้รับอาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลด เด็กของคุณยังอาจมีสิทธิ์รับประกันสุขภาพ
ได้ฟรีหรือในราคาที่ต่ำลงผ่านทาง Medicaid หรือโปรแกรมประกันสุขภาพเด็กในรัฐ (State
Children's Health Insurance Program หรือ SCHIP) ได้ด้วย เด็กที่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้ม
มากขึ้นที่จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ และมีแนวโน้มน้อยลงที่จะขาดโรงเรียนเพราะป่วย
หรือไม่สบาย

เนื่องจากประกันสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อความผาสุกของเด็ก **กฎหมายอนุญาตให้เราแจ้ง
ให้ Medicaid และ SCHIP ทราบว่า เด็กของคุณมีสิทธิ์รับอาหารฟรีหรือในราคาลด
เว้นเสียแต่ว่าคุณจะแจ้งให้เราทราบว่า คุณไม่ต้องการให้เราทำเช่นนั้น** Medicaid และ
SCHIP ใช้ข้อมูลนั้นเฉพาะเพื่อระบุหาเด็กที่อาจมีสิทธิ์สำหรับโปรแกรมต่างๆ ของตนเองเท่านั้น
เจ้าหน้าที่ของโปรแกรมอาจติดต่อกับคุณ เพื่อเสนอให้คุณลงทะเบียนเด็กของคุณ (การกรอก
ใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลดไม่ได้เป็นการลงทะเบียนเด็กของคุณในประกันสุขภาพ
โดยอัตโนมัติ)

ถ้าคุณไม่ต้องการให้เราเปิดเผยข้อมูลของคุณให้ Medicaid หรือ SCHIP ทราบ ขอให้กรอก
แบบฟอร์มด้านล่างนี้ และส่งแบบฟอร์มที่กรอกเสร็จแล้วมาถึงเรา (การส่งแบบฟอร์มนี้จะไม่มีผลใดๆ
ต่อการมีสิทธิ์ของเด็กของคุณในการรับอาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลด)

**ไม่! ฉันไม่ต้องการให้เปิดเผยข้อมูลในใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลดของฉัน
แก่โปรแกรม Medicaid หรือโปรแกรมของรัฐว่าด้วยการประกันสุขภาพเด็ก**

ถ้าคุณกาเครื่องหมายในช่อง "ไม่" ขอให้กรอกข้อมูลด้านล่างนี้

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ลายเซ็นของผู้ปกครอง: _____ วันที่: _____

ชื่อตัวบรรจง: _____ ที่อยู่: _____

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาโทรศัพท์ถึง [name] ที่หมายเลขโทรศัพท์ [phone]
กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้กลับมาที่ [address] ภายใน [date]

การเปิดเผยข้อมูลแก่โปรแกรมอื่นๆ

เรียน ผู้ปกครองเด็ก

เพื่อประหยัดเวลาของคุณ เราอาจให้ข้อมูลที่คุณกรอกในใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคา
ลด แก่โปรแกรมสวัสดิการอื่นๆ ที่เด็กของคุณอาจมีสิทธิ์ได้รับ สำหรับโปรแกรมต่างๆ ต่อไปนี้
เราต้องได้รับอนุญาตจากคุณในการเปิดเผยข้อมูลของคุณ การส่งแบบฟอร์มนี้จะไม่มีผล
ใดๆ ต่อการมีสิทธิ์ของเด็กของคุณในการรับอาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลด

ไม่! ฉันไม่ต้องการให้เปิดเผยข้อมูลในใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลดของฉัน
แก่โปรแกรมใดๆ เหล่านี้

ใช่! ฉันต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงเรียนเปิดเผยข้อมูลในใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรี
หรือในราคาลดของฉัน แก่โปรแกรม [name of program specific to your school]

ใช่! ฉันต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงเรียนเปิดเผยข้อมูลในใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรี
หรือในราคาลดของฉัน แก่โปรแกรม [name of program specific to your school]

ใช่! ฉันต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงเรียนเปิดเผยข้อมูลในใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรี
หรือในราคาลดของฉัน แก่โปรแกรม [name of program specific to your school]

ถ้าคุณกาเครื่องหมายในช่องคำตอบ "ใช่" ช่องใดช่องหนึ่งหรือทุกช่องข้างต้น ขอให้กรอก
ข้อมูลข้างล่างนี้ เราจะเปิดเผยข้อมูลของคุณแก่โปรแกรมที่คุณได้ระบุไว้เท่านั้น

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ชื่อเด็ก: _____ โรงเรียน: _____

ลายเซ็นของผู้ปกครอง: _____ วันที่: _____

ชื่อตัวบรรจง: _____

ที่อยู่: _____

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาโทรศัพท์ถึง [name] ที่หมายเลขโทรศัพท์ [phone]
กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้กลับมาที่ [address] ภายใน [date]

เราต้องตรวจใบสมัครของคุณ

คุณต้องส่งข้อมูลที่เรากำลังต้องการ หรือติดต่อ [name] ภายใน [date] มิเช่นนั้นแล้ว เด็กของคุณจะ
ไม่ได้รับอาหารฟรีหรือในราคาลดอีกต่อไป

โรงเรียน: _____ วันที่: _____

เรียน _____:

เรากำลังตรวจใบสมัครขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลดของคุณ กฎเกณฑ์ของรัฐบาลกลางกำหนดว่า
เราต้องตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าเฉพาะเด็กที่มีสิทธิ์เท่านั้นจึงจะได้รับอาหารฟรีหรือในราคาลด คุณต้องส่ง
ข้อมูลให้แก่เรา เพื่อพิสูจน์ว่า [names of children] มีสิทธิ์จริงๆ
ถ้าเป็นไปได้ อย่าส่งเอกสารต้นฉบับให้แก่เรา ขอให้ส่งสำเนาของเอกสาร เพราะคุณจะไม่ได้รับเอกสารคืน
เว้นเสียแต่ว่าคุณจะขอให้เราส่งคืนให้เท่านั้น

**1. ถ้าคุณได้รับสวัสดิการอาหารหรือ TANF ในขณะที่คุณสมัครขอรับอาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคา
ลด หรือเมื่อใดก็ตามหลังจากนั้นเป็นต้นมา ขอให้ส่งสำเนาเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ถึงเรา**

- หนังสือแจ้งการรับรองจากโปรแกรมสวัสดิการอาหาร หรือ TANF ซึ่งแสดงวันที่ของการรับรอง
- จดหมายจากสำนักงานสวัสดิการอาหารหรือสำนักงาน Welfare ซึ่งกล่าวว่า คุณได้รับสวัสดิการอาหารหรือ
สวัสดิการ TANF
- อย่าส่งบัตร EBT ของคุณให้แก่เรา

**2. ถ้าคุณได้รับจดหมายนี้สำหรับเด็กที่ไร้ที่อยู่ เด็กที่ผู้ปกครองโยกย้ายที่อยู่ตามงาน หรือเด็กที่หนี
ออกจากบ้าน กรุณาติดต่อขอความช่วยเหลือจาก [school, homeless liaison, or migrant
coordinator]**

3. ถ้าเด็กคนนี้เป็นเด็กในอุปถัมภ์ (foster child)

ส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เป็นทางการจากหน่วยงานที่ให้การอุปถัมภ์เด็กคนนี้ให้แก่เรา

4. ถ้าคุณไม่ได้รับสวัสดิการอาหารหรือ TANF สำหรับเด็กของคุณ

A. เขียนชื่อและหมายเลขประกันสังคมของผู้ใหญ่ทุกคนในครัวเรือนที่ด้านล่างนี้

ชื่อ	หมายเลขประกันสังคม (อ่านถ้อยแถลงของกฎหมายว่าด้วยการเก็บ รักษาข้อมูลส่วนบุคคลในหน้า 2)	ไม่มี หมายเลข ประกันสังคม
_____	_____ - _____ - _____	<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. ส่งหน้านี้พร้อมกับหลักฐานต่างๆ ที่แสดงจำนวนเงินที่ครัวเรือนของคุณได้รับจากแหล่งรายได้ทุกแหล่ง

เอกสารหรือหลักฐานที่คุณส่งจะต้องมีชื่อของบุคคลที่ได้รับรายได้นั้น วันที่ที่ได้รับเงิน จำนวนเงินที่ได้รับ
และความถี่ในการได้รับ กรุณาส่งเอกสารมาที่ [address]

เอกสารที่ยอมรับได้ ได้แก่

งาน: ใบแจ้งที่มาจากเช็คเงินค่าจ้าง หรือของใส่เงินค่าจ้างที่แสดงจำนวนเงินและความถี่ที่ได้รับเงิน จดหมายจากผู้ว่าจ้างซึ่งแสดงจำนวนเงินค่าจ้างรวม และความถี่ในการจ่ายเงินค่าจ้าง หรือเอกสารจากธุรกิจหรือฟาร์ม เช่น สมุดบัญชีหรือสมุดภาษี

เงินประกันสังคม เงินบำนาญ หรือเงินเกษียณอายุ: จดหมายแจ้งจำนวนเงินประกันสังคม หนังสือแจ้งจำนวนเงินสวัสดิการที่ได้รับ หรือหนังสือแจ้งจำนวนเงินบำนาญ

เงินประกันการว่างงาน สวัสดิการบุคคลทุพพลภาพ หรือเงินชดเชยสำหรับคนงาน: หนังสือแจ้งการมีสิทธิ์จากสำนักงานประกันการว่างงานของรัฐ ใบแจ้งที่มาจากเช็คเงินสวัสดิการ หรือจดหมายจากสวัสดิการเงินชดเชยสำหรับคนงาน

เงินความช่วยเหลือจากรัฐบาล: จดหมายแจ้งจำนวนเงินสวัสดิการจากหน่วยงาน Welfare

เงินค่าเลี้ยงดูบุตรหรือเงินค่าเลี้ยงดูอดีตคู่สมรส: คำสั่งศาล ข้อตกลง หรือสำเนาของเช็คที่ได้รับ

เงินรายได้อื่นๆ (เช่น รายได้จากภาษีเงินได้): ข้อมูลที่แสดงจำนวนเงินรายได้ที่ได้รับ ความถี่ในการได้รับเงิน และวันที่ที่ได้รับเงิน

ไม่มีรายได้: จดหมายสั้นๆ เพื่ออธิบายว่าคุณหาอาหาร เสื้อผ้า และที่อยู่อาศัยให้แก่ครอบครัวของคุณได้อย่างไร และเมื่อใดที่คุณคาดว่าจะมีรายได้

โปรแกรมพิเศษสำหรับที่พักอาศัยของทหาร: จดหมายหรือสัญญาการเช่าที่แสดงว่าที่พักอาศัยของคุณเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมพิเศษสำหรับที่พักอาศัยของทหาร (Military Housing Privatization Initiative)

ระยะเวลาที่ยอมรับได้ของเอกสารแสดงรายได้: กรุณาส่งเอกสารที่แสดงรายได้ของคุณในขณะที่คุณสมัครขอรับสวัสดิการ ถ้าคุณไม่มีเอกสารนี้ คุณสามารถส่งเอกสารแสดงรายได้ในภายหลังได้ โดยสามารถส่งในเวลาที่ยอมรับจนถึงไม่เกินเวลาที่ทำการตรวจสอบข้อเท็จจริงในใบสมัคร

ถ้าคุณมีข้อสงสัยใดๆ หรือต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ถึง [name] ที่หมายเลขโทรศัพท์ [phone number] การโทรศัพท์ถึงหมายเลขนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ [Toll free or reverse charge explanation]

ด้วยความเคารพ

[signature]

ถ้อยแถลงของกฎหมายว่าด้วยการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล: กฎหมาย Richard B. Russell National School Lunch กำหนดว่าต้องมีข้อมูลนี้ในใบสมัครนี้ คุณไม่ต้องให้ข้อมูลดังกล่าว แต่ถ้าคุณไม่ให้ เราจะไม่สามารถอนุมัติอาหารฟรีหรือในราคาลดให้แก่เด็กของคุณได้ คุณต้องใส่หมายเลขประกันสังคมของผู้ใหญ่ทุกคนในครัวเรือน คุณไม่ต้องใส่หมายเลขประกันสังคมถ้าคุณสมัครในฐานะตัวแทนของเด็กในอุปถัมภ์ (foster child) หรือเขียนหมายเลขเรื่องของโปรแกรมแสดมปีอาหาร โปรแกรมความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่ขัดสน (Temporary Assistance for Needy Families หรือ TANF) หรือโปรแกรมการแจกจ่ายอาหารในเขตสงวนของชนอเมริกันพื้นเมือง (Food Distribution Program on Indian Reservations หรือ FDPIR) หรือข้อมูลอื่นๆ ที่ระบุถึง FDPIR สำหรับเด็กของคุณ หรือเมื่อคุณระบุว่าผู้ใหญ่ในครัวเรือนคนที่เซ็นชื่อในใบสมัครไม่มีหมายเลขประกันสังคม เราจะใช้ข้อมูลของคุณเพื่อตัดสินว่าเด็กของคุณมีสิทธิ์รับอาหารฟรีหรือในราคาลดได้หรือไม่ และเพื่อการบริหารจัดการและควบคุมดูแลโปรแกรมอาหารกลางวันและอาหารเช้า

ถ้อยแถลงว่าด้วยการไม่เลือกปฏิบัติ: ถ้อยแถลงนี้อธิบายว่าคุณควรทำอย่างไร ถ้าคุณเชื่อว่าคุณได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและนโยบายของกระทรวงเกษตรกรรมของสหรัฐฯ ห้ามสถาบันนี้เลือกปฏิบัติโดยพิจารณาจากเชื้อชาติ สีผิว แหล่งกำเนิด เพศ อายุ หรือภาวะทุพพลภาพ หากต้องการยื่นคำร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ กรุณาส่งจดหมายถึง *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* หรือโทรศัพท์ถึงหมายเลข 202-720-5964 (เสียงและสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการฟัง) กระทรวงเกษตรกรรมของสหรัฐฯ เป็นผู้จัดหาและผู้ว่าจ้างที่ให้โอกาสทุกคนเท่าเทียมกัน

เราได้ตรวจใบสมัครของคุณแล้ว

โรงเรียน: _____ วันที่: _____

เรียน _____

เราได้ตรวจข้อมูลที่คุณส่งถึงเราเพื่อพิสูจน์ว่า **[names of children]** มีสิทธิ์รับอาหารโรงเรียนได้ฟรีหรือในราคาลดได้หรือไม่ เราได้ตัดสินใจว่า

- ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ต่อการมีสิทธิ์ของเด็กของคุณ
- เริ่มตั้งแต่ **[date]** การมีสิทธิ์รับอาหารของเด็กของคุณจะเปลี่ยนจาก**ในราคาลดไปเป็นฟรี** เนื่องจากรายได้ของคุณอยู่ในขีดจำกัดรายได้ของการมีสิทธิ์รับอาหารฟรี เด็กของคุณจะทานอาหารโรงเรียนได้ฟรี
- เริ่มตั้งแต่ **[date]** การมีสิทธิ์รับอาหารของเด็กของคุณจะเปลี่ยนจาก**ฟรีไปเป็นในราคาลด** เนื่องจากรายได้ของคุณเกินขีดจำกัด ราคาลดสำหรับอาหารกลางวันคือ **[\$]** และสำหรับอาหารเช้าคือ **[\$]**
- เริ่มตั้งแต่ **[date]** **เด็กของคุณไม่มีสิทธิ์รับอาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลดได้** อีกต่อไปแล้ว ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้คือ
 - _____ บันทึกแสดงให้เห็นว่าคุณไม่ได้รับแสดมบิอาหาร หรือ TANF
 - _____ บันทึกแสดงให้เห็นว่าเด็กคนดังกล่าวไม่ได้เป็นเด็กไร้ที่อยู่ เด็กที่หนีออกจากบ้าน หรือเด็กที่ผู้ปกครองโยกย้ายที่อยู่ตามงาน
 - _____ รายได้ของคุณเกินขีดจำกัดรายได้ที่จะได้รับอาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาลด
 - _____ คุณไม่ได้ส่ง: _____
 - _____ คุณไม่ตอบค่าขอของเรา

ค่าอาหารกลางวันคือ **[\$]** และค่าอาหารเช้าคือ **[\$]**

ถ้ารายได้ของครัวเรือนของคุณลดลง หรือจำนวนคนในครัวเรือนของคุณเพิ่มขึ้น คุณสามารถสมัครใหม่ได้ ถ้าคุณไม่ส่งหลักฐานพิสูจน์การมีสิทธิ์ในปัจจุบัน คุณจะได้รับการขอให้ส่งหลักฐานดังกล่าวเมื่อคุณสมัครใหม่

ถ้าคุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจนี้ คุณสามารถปรึกษาหารือกับ **[name]**

ที่หมายเลขโทรศัพท์ **[phone]** คุณยังมีสิทธิ์ขอให้มีการพิจารณาไต่สวนอย่างเป็นทางการ

ถ้าคุณขอให้มีการพิจารณาดังกล่าวภายใน **[date]** เด็กของคุณจะยังคงได้รับอาหารโรงเรียนฟรี

หรือในราคาลดต่อไปได้จนกว่าจะมีการประกาศคำตัดสินของการพิจารณาไต่สวนนั้น คุณสามารถขอให้มีการพิจารณาไต่สวนได้โดยโทรศัพท์หรือเขียนจดหมายถึง **[name], [address], [phone number]**

ด้วยความเคารพ

[signature]

ถ้อยแถลงว่าด้วยการไม่เลือกปฏิบัติ: ถ้อยแถลงนี้อธิบายว่าคุณควรทำอย่างไร ถ้าคุณเชื่อว่าคุณได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและนโยบายของกระทรวงเกษตรกรรมของสหรัฐฯ ห้ามสถาบันนี้เลือกปฏิบัติโดยพิจารณาจากเชื้อชาติ สีผิว แหล่งกำเนิด เพศ อายุ หรือภาวะทุพพลภาพ หากต้องการยื่นคำร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ กรุณาส่งจดหมายถึง *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* หรือโทรศัพท์ถึงหมายเลข 202-720-5964 (เสียงและสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางการฟัง) กระทรวงเกษตรกรรมของสหรัฐฯ เป็นผู้จัดหาและผู้ว่าจ้างที่ให้โอกาสทุกคนเท่าเทียมกัน