

FORMULÁRIO DE BENEFÍCIO DE REFEIÇÃO PARA O ANO ESCOLAR DE _____

Preencha, assine e devolva o formulário para _____. Favor ler as instruções. Se precisar de ajuda para preencher este formulário ligue para _____.

1. NOME DA CRIANÇA

Sobrenome _____	Primeiro nome _____	1ª. letra do segundo nome (M.I.) _____
PARA BENEFÍCIOS DE REFEIÇÃO NA ESCOLA, PREENCHER ABAIXO: Série da Criança: _____ Nome da Escola: _____		PARA BENEFÍCIO DE REFEIÇÃO NA CRECHE, PREENCHER ABAIXO: Nome da Creche da Criança _____ Ou Nome do Provedor de Creche Domiciliar: _____ Nome do Patrocinador (se souber): _____ PARA BENEFÍCIOS DE REFEIÇÃO DO PROGRAMA DE VERÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO (SFSP), MARQUE ESTE ESPAÇO []

2. Se se tratar de FILHO COM CUSTODIA ("foster child")? (Veja as instruções). Se se tratar de uma criança com custódia , marque aqui [] e escreva a renda de uso pessoal mensal da criança aqui : \$ _____.
 Passe para a seção no. 5

3. Se estiver recebendo BENEFICIO ALIMENTAR (FOOD STAMPS), TANF ou FDPIR para seu filho ou, no caso de creches domiciliares da Faixa II, ou estiver inscrito em qualquer outro programa de benefício subsidiado elegível? Forneça o NO. DO REGISTRO. NÃO preencha a seção no. 4. Passe para a seção no. 5.
 No. de registro de BENEFICIO ALIMENTAR (FOOD STAMPS) _____
 No. de registro doFDPIR _____
 No. de registro do TANF: _____
 (No caso de pais de crianças em creches domiciliares da faixa II apenas) Outro programa elegível e o no. de registro : _____.

4. TODAS AS OUTRAS FAMÍLIAS: (Preencher esta parte apenas se não preencher as seções de no. 2 e 3) Liste todos os membros da família, incluindo a criança mencionada acima. Liste todas as formas de renda. Passe para a seção no. 5

Nomes	Renda Mensal Atual			
Nomes dos membros da família (incluindo a criança citada acima)	Ganhos mensais do trabalho (antes das deduções de imposto) Emprego. 1	Benefícios Mensais, Pensão de Criança, Pensão alimentícia de conjuge	Pagamentos Mensais de Pensões, Aposentadoria e Seguro Social	Ganhos Mensais do Emprego 2 ou Qualquer Outra Renda Mensal
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
9. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
10. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
11. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
12. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

5. ASSINATURA E NO. DO SEGURO SOCIAL (Social Security)

PENALIDADES POR DECLARAÇÃO FALSA: *Certifico que todas as informações prestadas acima são verdadeiras e corretas e que os números de registros de benefício alimentar (food stamps), FDPIR, TANF e de outros programas elegíveis estão corretos e atualizados ou que toda a renda foi declarada. Entendo que estas informações estão sendo prestadas para fins de recebimento de fundos Federais; que funcionários institucionais poderão verificar as informações fornecidas no Formulário de Benefício de Refeição e que o fornecimento de informações falsas pode estar sujeito a ação penal de acordo com as leis Estaduais e Federais.*

Assinatura do Adulto: _____ No. do Seguro Social (Social Social): _____ - _____ - _____

É provedor de creche domiciliar inscrevendo-se para benefícios da faixa I? Sim Não

Nome em letra de forma: _____ Tel. de casa: _____ Tel. do trabalho: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Data: _____

Declaração da Lei da Privacidade. A menos que mencione o número de registro de seu filho de food stamps, FDPIR ou TANF, a Seção 9 da Lei Nacional de Almoço Escolar exige que inclua o número do Seguro Social (Social Security) do membro da família que assinar o formulário ou indique que não possui o número de Seguro Social (Social Security). Não é necessário mencionar um número do Seguro Social (Social Security), mas se não for mencionado um número de Seguro Social (Social Security) ou se não indicar que o membro da família adulto que assinar o formulário não possui um número de Seguro Social (Social Security), não poderemos aprovar o formulário. O número do Seguro Social (Social Security) poderá ser usado para identificar o membro da família e verificar a veracidade das informações fornecidas no formulário. Entre estas encontram-se revisões de programas, auditorias e investigações e também contactar empregadores para determinar a renda, contactar os escritórios de benefício alimentar (food stamps), FDPIR, ou TANF para determinar certificações atualizadas para benefícios de benefício alimentar (food stamps), FDPIR, ou TANF, contactar o escritório Estadual de proteção de emprego para determinar a quantia dos benefícios recebidos e verificar a documentação apresentada pelo membro da família para comprovar o valor da renda recebida. Estes esforços podem resultar na perda ou redução dos benefícios, reivindicações administrativas ou ações penais caso informações incorretas tenham sido fornecidas. O número do Seguro Social (Social Security) também pode ser revelado a programas autorizados de acordo com a Lei Nacional de Almoço Escolar e a Lei de Nutrição Infantil, o Procurador Geral dos Estados Unidos, e oficiais da área policial com o objetivo de investigar violações de determinados programas educacionais, de saúde e de nutrição Federais, Estaduais e locais.

6. IDENTIDADE RACIAL/ ÉTNICA: Não é necessário responder estas questões. Caso resolva responder:

Favor marcar uma ou mais opções das seguintes identidades raciais:

Índio Norte-Americano ou Nativo do Alasca Asiático Negro ou Afro-Americano
 Nativo do Havaí ou de Outra Ilha do Pacífico Branco

Favor marcar uma opção das seguintes identidades étnicas:

Hispano ou Latino Não Hispano ou Latino

O Departamento de Agricultura dos EUA (USDA) proíbe a discriminação em todos os seus programas e atividades com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade ou incapacidade. Pessoas com incapacidades que necessitem de meios alternativos para comunicação de informações do programa (Braille, impressão maior, áudio-tape, etc.) devem entrar em contato com o TARGET Center do USDA no número (202) 720-2600 (voz e TDD).

Para registrar um caso de discriminação, escreva para o Diretor do USDA, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, Washington, D.C. 20250-9410 ou ligue para (202) 720-5964 (voz e TDD). O USDA é um provedor e empregador que fornece oportunidades iguais.

Para uso oficial somente (For Official Use Only):

Food Stamp/FDPIR/TANF or other eligible benefit program (tier II day care homes only) household categorilly eligible free: Yes No

MONTHLY INCOME CONVERSION: WEEKLY X 4.33, EVERY 2 WEEKS X 2.15, TWICE A MONTH X 2

Total montly income: _____ Household size: _____ Eligible: _____ No Eligible: _____
Eligibility Classification: Free: _____ Reduced Price: _____ Temporary: Free: _____ Reduced Price: _____
Tier I: _____ Tier 2: _____ Time Period: _____

Determining official: _____

Signature: _____ Date: _____