

แบบสอบถามเกี่ยวกับการอุปการะอาหารประจำปี พ.ศ. _____ ของโรงเรียน

กรอกชื่อและส่งแบบสอบถามไปยัง กรุณาอ่านคำแนะนำถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือ
ในการกรอกแบบสอบถามฉบับนี้กรุณาติดต่อไปที่หมายเลขโทรศัพท์

๑ ชื่อ

นามสกุล

ชื่อ

สำหรับการอุปการะอาหารในโรงเรียน
กรอกข้อความดังต่อไปนี้

สำหรับการอุปการะอาหารในสถาน
รับเลี้ยงดูเด็กกรอกข้อความดังต่อไปนี้

ชั้นเรียน

ชื่อสถานรับเลี้ยงดูเด็ก

หรือ

ชื่อโรงเรียน

ชื่อผู้ให้การอุปถัมภ์สถานรับเลี้ยงดูเด็ก

ชื่อผู้ให้การอุปถัมภ์ถ้าทราบ

สำหรับการอุปการะอาหารใน
โรงเรียนช่วงปิดเทอม(SFSP)
กรุณาภาเครื่องหมายกากบาท
ในช่องนี้ []

๒ กรุณาอ่านคำแนะนำในกรณีของบุตรบุญธรรม กาเครื่องหมายกากบาทในช่องนี้ []
และระบุจำนวนเงินต่อรายเดือน อ่านต่อในข้อ#๕

๓ ท่านกำลังรับอุปการะอาหาร,องค์กรช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่ยากจน
โครงการลำเลียงอาหารสำหรับค่ายกักกันชนเผ่าอินเดียนแดง
สำหรับบุตรท่านหรือสถานเลี้ยงดูเด็กชั้นสองหรือโครงการอื่นอยู่หรือไม่ กรุณาเขียนเลขหมายเรื่อง
แต่ไม่ต้องกรอกรายละเอียดในข้อ#๔ ให้ไปยังข้อ#๕ได้เลย

เลขหมายเรื่อง อุปการะอาหาร:.....

เลขหมายเรื่องโครงการลำเลียงอาหารสำหรับ
ค่ายกักกันชนเผ่าอินเดียนแดง:

.....

เลขหมายเรื่ององค์การช่วยเหลือ

ชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่ยากจน:.....

(สำหรับผู้ปกครองของเด็กในชั้นที่สองของสถานรับเลี้ยงดูเด็กเท่านั้น) โครงการอื่น ๆ และ

เลขหมายเรื่อง:.....

๔ สำหรับบ้านเรือนอื่น ๆ

(ให้กรอกข้อความในส่วนนี้ถ้าท่านไม่ได้กรอกข้อมูลในข้อ๒หรือข้อ๓) ให้แสดงรายชื่อสมาชิกเด็กและ รายได้ในครอบครัว ไปยังข้อ๕

ชื่อ		เงินเดือน		
รายชื่อของสมาชิก ในครอบครัว รวมทั้งเด็ก	เงินเดือนก่อนหักภาษี	สวัสดิการเงินช่วยเหลือ บุตรหรือภรรยาเมื่อมีการ หย่าขาดเป็นรายเดือน	เงินรายเดือน เบี้ยบำนาญ / ปลอดเกษียณ / บัตรประจำตัวประชาชน	รายได้ ต่อเดือนอื่น ๆ
1.....	\$	\$	\$	\$
2.....	\$	\$	\$	\$
3.....	\$	\$	\$	\$
4.....	\$	\$	\$	\$
5.....	\$	\$	\$	\$
6.....	\$	\$	\$	\$
7.....	\$	\$	\$	\$
8.....	\$	\$	\$	\$
9.....	\$	\$	\$	\$
10.....	\$	\$	\$	\$
11.....	\$	\$	\$	\$
12.....	\$	\$	\$	\$

๕ ลายเซ็นและเลขหมายประจำตัวประชาชน

โทษของการแจ้งข้อมูลเท็จ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้อง และหมายเลขคู่มืออาหาร องค์การช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่ยากจน, โครงการลำเลียงอาหารสำหรับค่ายกักกันชนเผ่าอินเดียนแดง หรือโครงการที่ถูกต้องตามกฎหมายนั้นถูกต้องและรายได้ทั้งหมดนั้นได้รายงานไว้ทั้งหมด ข้าพเจ้าทราบว่าข้อมูลทั้งหมดที่เสนอนั้นเพื่อได้รับเงินช่วยเหลือจากทางรัฐบาล ข้าพเจ้าขอการที่มีหน้าที่รับผิดชอบ สามารถตรวจสอบข้อมูลในแบบสอบถามการอุปการะอาหาร และข้อมูลที่เสนอไปผิดนั้น สามารถนำข้าพเจ้าไปขึ้นศาล เพื่อดำเนินคดีต่อไปภายหน้า

ลายเซ็น..... เลขหมายประจำตัวประชาชน

ท่านเป็นผู้ให้การอุปถัมภ์สถานรับเลี้ยงเด็กที่กำลังส่งใบสมัครในชั้นแรกหรือไม่ ใช่ [] ไม่ใช่ []

ชื่อตัวสะกด..... หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

ที่อยู่.....

เมือง..... รัฐ รหัส วันที่

กฎเฉพาะ นอกเสียจากว่าท่านจะแสดงคู่มืออาหาร หรือ องค์การช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่ยากจน หมายเลขเรื่องของเด็กหรือบุตรบุญธรรมทางมาตราของกฎหมายกลางวันของโรงเรียนมีกฎข้อบังคับที่ท่านแจ้งหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกในครอบครัวที่ทำการลงลายเซ็นหรือหากผู้ไม่มีหมายเลขก็ควรแจ้งให้ทราบเช่นกัน หากท่านไม่ปฏิบัติตามทางกระทรวงจะไม่ดำเนินเรื่องให้ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนสามารถนำมาระบุตัวและยืนยันรายละเอียดในตัวบุคคลที่แจ้งมาในแบบสอบถามรวมทั้งการพิจารณาโครงการ การตรวจสอบบัญชี การสืบสวนสอบสวนรวมทั้งการติดต่อสอบถามนายจ้างเกี่ยวกับรายได้ติดต่อ ณ ที่ทำการของคู่มืออาหาร องค์การช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวที่ยากจน, โครงการลำเลียงอาหารสำหรับค่ายกักกันชนเผ่าอินเดียนแดง ถึงเรื่องการให้ความอุปถัมภ์ ติดต่อ ณ ที่ทำการจ้างงานของรัฐถึงเรื่องจำนวนเงินผลประโยชน์ที่ได้รับและทำการตรวจสอบเอกสารที่เสนอจากสมาชิกในครอบครัวถึงจำนวนรายได้ หากมีการแจ้งข้อมูลเท็จการดำเนินงานข้างต้นสามารถส่งผลถึงการทำให้เกิดความสูญเสียหรือลดเงินอุปถัมภ์ การเรียกร้องทางการปกครองหรือทางกฎหมาย นอกจากนี้หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนอาจจะถูกส่งไปยังโครงการภายใต้กฎหมายกลางวันของโรงเรียน กฎหมายการเด็ก หน่วยงานตรวจสอบบัญชี โครงการการศึกษาท้องถิ่น สุขาภิบาลและโภชนาการ

๖) เชื้อชาติ/ชนชั้น: ท่านไม่ต้องตอบคำถามส่วนนี้แต่ถ้าท่านตอบ

กรุณากากบาทเพียงหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งเครื่องหมายในช่องแสดงเชื้อชาติดังนี้

อเมริกันอินเดียน เอเชีย แอฟริกันอเมริกัน ฮาวาย ชาว

กรุณากากบาทเพียงหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งเครื่องหมายในช่องแสดงชนชั้นดังนี้

ลาตินอเมริกัน ไม่ใช่ลาตินอเมริกัน

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ณ สหรัฐอเมริกาห้ามไม่ให้มีการดูถูกการแบ่งแยกเชื้อชาติ, สีผิว, แหล่งกำเนิด, เพศ, อายุ หรือผู้พิการทางร่างกาย บุคคลที่มีความพิการทางร่างกายสามารถขอยื่นความจำนงในการขอวิธีการติดต่อสื่อสารขอรับข้อมูล(อักษรเบรลล์ของคนตาบอด, อักษรขยาย, เทป, ฯลฯ) ของโครงการ โดยติดต่อ ศูนย์โทรศัพท์ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์แห่งสหรัฐอเมริกา ณ หมายเลข: (202) 720-2600 (เสียงตอบรับและระบบสัญญาณ)

ถ้าท่านต้องการฟ้องร้องเรื่องการถูกเหยียดหยาม ให้เขียนจดหมายมายัง ณ USDA, Director of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 หรือ ติดต่อ ศูนย์โทรศัพท์ที่หมายเลข: (202) 720-5964 (เสียงตอบรับและระบบสัญญาณ) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์แห่งสหรัฐอเมริกาเป็นองค์กรที่ให้ความเป็นธรรม

For Official Use Only :

Food stamp/FDPIR/TANF or other eligible benefit program (tier II day care homes only) household categorically eligible free:

Yes No

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

Total monthly income: Household size: Eligible: NOT Eligible:

Eligible Classification : Free : Reduced Price : Paid :

Tier 1 : Tier 2 :

Temporary : Free : Reduced Price :

Time Period :

Determining official :

Signature : Date :