

Заполните и подпишите и верните анкету \_\_\_\_\_  
 Пожалуйста, прочитайте инструкции. Если вам нужна помощь, чтобы заполнить Анкету, позвоните: \_\_\_\_\_

1. ИМЯ РЕБЕНКА:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Инициал Отчества \_\_\_\_\_

ДЛЯ ПОСОБИЯ ПО ПИТАНИЮ В ШКОЛЕ  
 ПРЕДОСТАВЬТЕ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ:

Номер Класса Ребенка: \_\_\_\_\_

ДЛЯ ПОСОБИЯ ПО ПИТАНИЮ В ДЕТСКОМ САДУ  
 ПРЕДОСТАВЬТЕ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ:

Название детского сада: \_\_\_\_\_

Название школы: \_\_\_\_\_

или

Имя снабженца семейного детского сада на дому \_\_\_\_\_

Имя спонсора (если известен) \_\_\_\_\_

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОСОБИЙ ЛЕТНЕЙ ПРОГРАММЕ  
 ПИЩЕВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SFSP), пожалуйста,  
 поставьте «X».

2. Если это ПРИЕМНЫЙ РЕБЕНОК, (смотрите инструкции) поставьте «X» здесь  укажите месячную сумму дохода для личного пользования ребенка здесь \$ \_\_\_\_\_  
 Заполните параграф № 5.

3. Получаете ли вы для вашего ребенка пособия от программ: Купоны по Питанию (Food Stamps);  
 Временная Поддержка Нуждающихся Семей (TANF), Программы Пищевого Обеспечения В  
 Резервациях Индейцев (FDPIR), пособия для детских садов на дому 2-ого уровня,  
 Зарегистрированы ли вы в любой другой правомерной программе на получение пособия?

Перечислите РЕГИСТРАЦИОННЫЕ НОМЕРА. Не заполняйте параграф № 4. Заполните параграф № 5.

Регистрационный номер программы Купоны на Питание: \_\_\_\_\_ Регистрационный номер FDPIR: \_\_\_\_\_  
 Регистрационный номер TANF: \_\_\_\_\_

(Только для родителей, дети которых посещают детский сад на дому 2-ого уровня)

Любые другие правомерные программы и регистрационный номер: \_\_\_\_\_

4. ВСЕ ДРУГИЕ ДОМАШНИЕ ХОЗЯЙСТВА: (Заполните этот параграф, если вы не заполняли параграфы №2 и №3.) Перечислите всех членов домашнего хозяйства, включая ребенка, упомянутого сверху.  
 Перечислите все доходы. Заполните параграф №5.

| Список имен | Текущий месячный доход                     |  |   |   |
|-------------|--|--|---|---|
|             | Месячная зарплата (до вычетов) 1-ая работа | Месячный «Велфэр», алименты, материльная поддержка детей | Месячный уплаты от пенсии и Социального обеспечения | Месячный доход от 2-ой работы или другой любой месячный доход |
| 1. _____    | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 2. _____    | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 3. _____    | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 4. _____    | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 5. _____    | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 6. _____    | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 7. _____    | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 8. _____    | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 9. _____    | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 10. _____   | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 11. _____   | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |
| 12. _____   | \$ _____                                   | \$ _____   | \$ _____  | \$ _____  |

**5. ПОДПИСЬ И НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.**

Наказания за ложную информацию: Я уверяю, что вся выше предоставленная информация является правдивой и точной, и что регистрационные номера программ Купоны на Питание, FDPIR, TANF и других правомерных программ являются текущими и точными, а также, что все доходы доложены. Я понимаю, что эта информация будет отдана Федеральному Фонду для получения денежных средств; официальные лица этого фонда могут проверить информацию, данную в Анкете для Пособия по Питанию; и что намеренное предоставление ложной информации подлежит наказанию, согласно законам Федеральной власти и власти штата.

Подпись Взрослого: \_\_\_\_\_ Номер Социального Обеспечения: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Являетесь ли вы снабженцем семейного детского сада на дому, обращаясь за пособием 1-ого уровня? Да ( ) Нет ( )

Ваше Имя: \_\_\_\_\_ Дом: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
(печатными буквами) Телефон: \_\_\_\_\_ На Работе \_\_\_\_\_

Ваш Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый Индекс: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Статья из закона о конфиденциальности личной информации. Если вы не перечислили регистрационные номера программ: Купоны на Питание, FDPIR, TANF, или, если вы не подаете заявку на питание для приемного ребенка, вы обязаны, согласно Отделу № 9 Национального Школьного Закона по Питанию, указать номер социального обеспечения члена домашнего хозяйства, подписавшегося в Анкете или отметить, что он (она) не имеет номера социального обеспечения. Вы не обязаны указывать номер социального обеспечения, но, если номер социального обеспечения не указан или не отмечено, что подающий анкету не имеет номера социального обеспечения, то мы не можем одобрить вашу анкету. Номер социального обеспечения может быть использован для проверки правдивости информации, изложенной в Анкете, данной членом домашнего хозяйства. Это может включить в себя пересмотр программы, проверку счетов, расследования, а также мы можем связаться с работодателем, чтобы уточнить сумму дохода: с офисами программ Купоны на Питание, FDPIR, TANF, чтобы уточнить текущий статус для получения программ Купоны на Питание, FDPIR, TANF; также мы можем связаться с офисом штата по безопасности наема рабочей силы, чтобы определить сумму полученных пособий; также, чтобы проверить документацию, предоставленную членом домашнего хозяйства, доказывающую сумму полученного дохода. Эти действия могут повлечь за собой потерю или уменьшение суммы пособия, административные иски, или уголовную ответственность, если информация доложена не точно. Номер социального обеспечения может быть передан программам, согласно Национальному Школьному Закону по Питанию, Закону по Детскому Питанию, Генеральному Контролеру США, и официальным лицам полиции, с целью расследования нарушений определенных Федеральных и местных программ и программ штата по образованию, здравоохранению и питанию.

**6. РАСОВОЕ/ЭТНИЧЕСКОЕ ОПОЗНАНИЕ: Вы не обязаны отвечать на эти вопросы. Если желаете ответить, пожалуйста, отметьте одну или больше из следующих расовых групп:**

- Американский Индеец  Азиатская раса  Черная или Афро-американская раса
  - Коренной Гавайец или Коренной Житель Тихоокеанского Острова  Белая раса
- Пожалуйста отметьте одну из следующих групп:
- Испанская или Латино-американская  не Испанская или Латино-американская

Министерство Сельского хозяйства США (USDA) во всех своих программах и видах деятельности запрещает дискриминацию по признакам расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религии, возраста, инвалидности, политических убеждений, сексуальной ориентации и семейного положения. (Не все запрещенные признаки имеют отношение ко всем программам.) Лица с инвалидностью, для которых ознакомление с программами требует специальных средств коммуникации (шрифт Брайля, крупный шрифт, аудио кассеты и т. д.), должны обратиться в Центр TARGET USDA по телефону (202) 720-2600 (обычная связь и ТДД).

С жалобами по вопросам дискриминации следует обращаться письменно по адресам: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14<sup>th</sup> and Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или по телефону (202) 720-5964 (обычная связь и TDD). Министерство Сельского хозяйства США обеспечивает равные возможности для своих сотрудников и заказчиков.

**For Official Use Only:**  
Food stamp/FDPIR/TANF or other benefit eligible 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: \_\_\_\_\_  
Eligibility classification: Free: \_\_\_\_\_ Reduced Price: \_\_\_\_\_ Paid: \_\_\_\_\_ Temporary: Free: \_\_\_\_\_ Reduced Price: \_\_\_\_\_  
Tier 1: \_\_\_\_\_ Tier 2: \_\_\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_

Determining Official: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_