



# REFEIÇÕES ESCOLARES GRATUITAS E A PREÇO REDUZIDO

## FORMULÁRIOS DE SOLICITAÇÃO E VERIFICAÇÃO

ANO ESCOLAR \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INSTRUÇÕES PARA DISTRITOS ESCOLARES

Este pacote contém:

As informações **necessárias** que *devem* ser fornecidas às famílias:

- Carta às famílias
- Formulário de Solicitação de Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido

Materiais informativos sobre a verificação e qualificação

- Notificação de seleção para verificação de qualificação
- Carta com os resultados da verificação

Materiais **opcionais** relacionados ao formulário de solicitação que *podem* ser fornecidos às famílias:

- Informações compartilhadas com Medicaid/SCHIP
- Informações compartilhadas com outros programas

As páginas foram planejadas para serem impressas em papel de 23,37 por 30,25 cm. Algumas páginas podem ser impressas em frente e verso. Você precisará identificar os benefícios que são oferecidos na sua escola, tais como lanches após o término das aulas. **[Campos em negrito entre colchetes]** indicam onde você precisa inserir informações específicas sobre o distrito escolar. Por exemplo, você deve incluir o número de telefone gratuito de seu distrito para assistência relativa à verificação e aos materiais de verificação. Se estes materiais não foram modificados para incluir o nome do seu estado para Assistência Temporária às Famílias Carentes (TANF), do Programa Estadual de Seguro de Saúde Infantil (SCHIP), ou, se aplicável, para adicionar o Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR), acrescente estas informações quando for necessário. Se você fizer mudanças adicionais, deverá submeter o seu pacote de solicitação para aprovação junto à Secretaria do seu Estado.

Este protótipo de pacote de solicitação inclui informações relativas à exclusão de ajuda de custo habitacional para beneficiários da Iniciativa de Privatização de Moradias Militares (Military Housing Privatization Initiative). Se isto não for pertinente ao seu distrito escolar, faça as modificações adequadas.

Se tiver alguma dúvida, entre em contato com:

**[State agency address]**

**[Insert School District Letterhead]**

Caro(a) Pai/Mãe/Guardião:

*As crianças precisam de refeições saudáveis para aprender. A **[Name of School]** oferece refeições saudáveis todos os dias de aula. O café da manhã custa **[\$]**; o almoço custa **[\$]**. Seus filhos podem estar qualificados a receber refeições gratuitas ou refeições a preço reduzido. O preço reduzido é **[\$]** para o café da manhã e **[\$]** para o almoço.*

**1. Eu preciso preencher uma solicitação para cada criança?** Não. Preencha o formulário de solicitação para pedir refeições gratuitas ou a preço reduzido. Use um Formulário de Solicitação de Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido para todos os estudantes de sua família. Nós não podemos aprovar formulários de solicitação incompletos; portanto, não deixe de fornecer todas as informações exigidas. **Envie o formulário de solicitação preenchido para: [name, address, phone number].**

**2. Quem pode receber refeições gratuitas?** Crianças de famílias que recebam Food Stamps (cupons para aquisição de alimentos) ou TANF, e a maioria das crianças em lares adotivos temporários, podem receber refeições gratuitas independentemente da sua renda familiar. Seus filhos também poderão receber refeições gratuitas caso sua renda familiar esteja dentro dos limites estipulados pelas Diretrizes Federais sobre Renda (Federal Income Guidelines).

**3. Crianças sem-teto, fugitivas e migrantes podem receber refeições gratuitas?** Se você não foi informado se a(s) sua(s) criança(s) receberá(rão) refeições gratuitas, por favor, ligue para **[school, homeless liaison or migrant coordinator]** para saber se ela(s) tem/têm direito a este benefício.

**4. Quem pode receber refeições a preço reduzido?** Seus filhos podem receber refeições a preço reduzido caso sua renda familiar esteja dentro dos limites para “preço reduzido” da Tabela Federal de Renda (Federal Income Chart), exibida neste requerimento.

**5. Eu devo preencher um formulário de solicitação se recebi uma carta neste ano letivo dizendo que meus filhos foram aprovados para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido?** Por favor, leia com atenção a carta que você recebeu e siga suas instruções. Ligue para a escola no número **[phone number]** caso tenha dúvidas.

**6. Eu recebo WIC. Meu(s) filho(s) pode(m) receber refeições gratuitas? As crianças de famílias participantes do WIC podem estar qualificadas a receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Por favor, preencha um formulário de solicitação.**

**7. As informações fornecidas por mim serão averiguadas?** Sim, podemos pedir que você envie documentos que comprovem as informações fornecidas.

**8. Se me qualificar agora, posso apresentar outro formulário de solicitação no futuro?** Sim. Você pode fazer outro formulário de solicitação a qualquer momento durante o ano letivo caso sua família aumente, sua renda diminua, ou você comece a receber Cupons de Alimentação (Food Stamps), TANF ou outros benefícios. Se você perder seu emprego, seus filhos podem estar qualificados a receber refeições gratuitas ou a preço reduzido.

**9. E se eu discordar da decisão da escola sobre o meu formulário de solicitação?** Você deve falar com os funcionários da escola. Você também pode solicitar uma audiência telefonando ou escrevendo para: **[name, address, phone number].**

**10. Posso solicitar o benefício mesmo que alguém da minha família não seja cidadão dos EUA?** Sim. Você ou seu(s) filho(s) não precisam ser cidadãos dos EUA para se qualificarem a receber refeições gratuitas ou a preço reduzido.

**11. Quem devo incluir como membro da minha família?** Você deve incluir todas as pessoas que vivem em seu ambiente familiar, sejam elas parentes seus ou não (tais como avós, outros parentes, ou amigos). Você deve incluir a si mesmo e a todas as crianças que moram com você.

**12. E se a minha renda não for sempre a mesma?** Informe a quantia que recebe normalmente. Por exemplo: se você costuma receber US\$ 1.000 por mês, mas não trabalhou alguns dias no mês passado e

recebeu apenas US\$ 900, informe que recebe US\$ 1.000 por mês. Se você costuma receber hora extra normalmente, inclua o valor; se você só recebe hora extra ocasionalmente, não inclua.

**13. Nós somos militares, devemos classificar a nossa ajuda de custo habitacional como renda?** Se sua moradia é parte da Iniciativa de Privatização de Moradias Militares (Military Housing Privatization Initiative), não inclua a ajuda de custo habitacional como renda. Todas as outras ajudas de custo devem ser incluídas em sua renda bruta.

Se você tiver outras dúvidas ou precisar de ajuda, ligue para **[phone number]**.

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

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

Atenciosamente,  
**[signature]**

## **INSTRUÇÕES PARA FAZER O PEDIDO**

**Se sua família recebe CUPONS DE ALIMENTAÇÃO (FOOD STAMPS) OU TANF, siga as seguintes instruções:**

**Parte 1:** Informe o nome da(s) criança(s), o nome da escola e a série em que ela(s) estuda(m), e o número do seu caso de Cupom de Alimentação (Food Stamp) ou TANF.

**Parte 2:** Marque a opção apropriada, se houver alguma.

**Parte 3:** Pule esta parte.

**Parte 4:** Pule esta parte.

**Parte 5:** Assine o formulário. Não é necessário fornecer um Número de Seguro Social.

**Parte 6:** Responda esta pergunta se quiser.

**Marque a opção apropriada e entre em contato com [your school, homeless liaison, migrant coordinator].**

**Preencha o pedido de solicitação seguindo as instruções para TODAS AS OUTRAS FAMÍLIAS.**

**Se você está solicitando o benefício para uma CRIANÇA EM LAR ADOTIVO TEMPORÁRIO, siga estas instruções:**

**Parte 1: Use um formulário de solicitação para cada criança em lar adotivo temporário.** Informe o nome da criança, o nome da escola, e a série na qual ela estuda.

**Parte 2:** Pule esta parte.

**Parte 3:** Marque uma opção e informe a renda mensal para uso pessoal da criança, se houver uma.

**Parte 4:** Pule esta parte.

**Parte 5:** Assine o formulário. Não é necessário fornecer um Número de Seguro Social.

**Parte 6:** Responda esta pergunta se quiser.

**TODAS AS OUTRAS FAMÍLIAS, inclusive famílias participantes do WIC, sigam estas instruções:**

**Parte 1:** Informe o nome de cada criança, o nome da escola, e a série na qual ela estuda.

**Parte 2:** Marque a opção apropriada, se houver alguma.

**Parte 3:** Pule esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instruções para informar a renda familiar total do último mês.

**Coluna 1–Nome:** Informe o nome e sobrenome de **todas** as pessoas que vivem em seu ambiente familiar, sejam elas parentes seus ou não (tais como avós, outros parentes, ou amigos). Você deve incluir a si mesmo e todas as crianças que moram com você. Anexe outra folha de papel se for preciso.

**Coluna 2 –Renda bruta no último mês e freqüência do recebimento.** Ao lado do nome de cada pessoa, informe todos os tipos de renda que ela recebeu no último mês, e a freqüência do recebimento. Por exemplo, *Remuneração de trabalho*: Informe a **renda bruta** de cada pessoa proveniente de remuneração de trabalho. Isso não é o mesmo que salário líquido. **Renda bruta é o valor recebido antes dos impostos e outros descontos.** O valor deve estar no canhoto de seu contracheque, ou seu chefe pode lhe informar. Ao lado da quantia, escreva a freqüência do recebimento (semanalmente, a cada duas semanas, duas vezes ao mês, ou mensalmente). *Todos os outros rendimentos:* Informe a quantia que cada pessoa recebeu no último mês proveniente de assistência social, pensão alimentícia a filhos, pensão alimentícia a ex-cônjuge, (segunda coluna) pensões, aposentadoria, Seguro Social (terceira coluna), e **TODAS AS OUTRAS FONTES DE RENDA** (quarta coluna). Na coluna “Todas as Outras”, inclua Compensação Trabalhista, seguro desemprego, benefícios de greve, Rendimento de Segurança Suplementar (Supplemental Security Income, ou SSI), benefícios a veteranos (VA Benefits), benefícios por incapacidade, contribuições regulares de pessoas que não vivem em seu ambiente familiar, e **QUALQUER OUTRO RENDIMENTO**. Informe o rendimento líquido de negócios próprios, fazendas, ou renda de alugueis. Ao lado da quantia, escreva a freqüência do recebimento. Se você faz parte da Iniciativa de Privatização de Moradias Militares (Military Housing Privatization Initiative), não inclua esta ajuda de custo habitacional.

**Coluna 3–Marque caso não haja renda:** Se a pessoa não tiver nenhuma renda, marque esta opção.

**Parte 5:** Um membro adulto da família deve assinar o formulário e informar o seu Número de Seguro Social ou marcar o quadrado caso ele não tenha um.

**Parte 6:** Responda esta pergunta se quiser.

## SOLICITAÇÃO FAMILIAR DE REFEIÇÕES ESCOLARES GRATUITAS E A PREÇO REDUZIDO

<b>Parte 1. Crianças na escola (use um requerimento separado para cada criança em lar adotivo temporário).</b>			
Nome de todas as crianças na escola (Nome, inicial do nome do meio, sobrenome)	Nome da escola	Série	Número do caso de Cupom de Alimentação (Food Stamp) ou TANF: (se houver algum). <b>Pule para a Parte 5 se você tiver um número de caso de Cupom de Alimentação (Food Stamp) ou TANF</b>

**Parte 2. Se a criança para quem está sendo feita a requisição for sem-teto, migrante, ou fugitiva, marque a opção apropriada e ligue para [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]**

Sem-teto  Migrante  Fugitiva

**Parte 3. Criança em lar adotivo temporário**

Se este formulário de solicitação está sendo feito para uma criança que é responsabilidade legal de uma agência de assistência social ou de um tribunal, marque este quadrado  e informe o valor da renda mensal para uso pessoal da criança: \$ \_\_\_\_\_. Pule para a Parte 5.

**Parte 4. Renda Bruta Total da Família—Você deve informar o valor e a freqüência**

1. Nome (Relacione todas as pessoas que vivem em seu ambiente familiar)	2. Renda bruta e freqüência de seu recebimento <i>Exemplo: US\$100/mensalmente US\$100/duas vezes ao mês US\$100/a cada duas semanas \$100/mensalmente</i>				3. Marque se não houver <b>NENHUMA</b> renda
	Remuneração de trabalho antes de descontos	Assistência social, pensões alimentícias	Pensões, aposentadoria, Seguro Social	Todos os outros rendimentos	
<i>(Exemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	US\$200/semanalmente	US\$150/semanalmente	US\$100/mensalmente	\$ ____/____	<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"/>

**Parte 5. Assinatura e Número do Seguro Social (Um adulto deve assinar)**

Um membro adulto da família deve assinar o formulário de solicitação. Se a Parte 4 estiver preenchida, o adulto signatário do formulário de solicitação deve informar seu Número de Seguro Social ou marcar a opção "eu não tenho um Número de Seguro Social". (Veja a Declaração da Lei de Privacidade no verso desta página).

*Eu certifico (juro) que todas as informações neste requerimento são verdadeiras e que informei todos os meus rendimentos. Estou ciente de que a escola obterá fundos federais com base nas informações que eu forneci. Estou ciente de que os funcionários da escola podem averiguar (verificar) as informações. Eu estou ciente de que, caso eu tenha fornecido informações falsas propositadamente, os meus filhos podem perder os benefícios alimentares, e eu posso ser processado.*

Assine aqui: X \_\_\_\_\_ Nome em letra de forma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Número de Telefone: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  Eu não tenho um Número de Seguro Social

**Parte 6. Identidades étnicas e raciais das crianças (opcional)**

Marque uma ou mais identidades raciais:

Marque uma identidade étnica:

- Asiática                       Índia Americana ou Nativa do Alasca                       Hispânica ou Latina  
 Branca                       Nativa do Havai ou de Outra Ilha do Pacífico                       Não Hispânica nem Latina  
 Negra ou Afro-Americana     Outra

**Não preencha esta parte. Apenas para uso da escola.**

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: \_\_\_\_\_ Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Suas crianças podem estar qualificadas a receber refeições gratuitas ou a preço reduzido caso a sua renda familiar esteja dentro dos limites desta tabela.**

<b>TABELA FEDERAL DE RENDA</b>			
Para o Ano Escolar _____			
Tamanho da família	Anualmente	Mensalmente	Semanalmente
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Cada pessoa adicional:			

---

**Declaração da Lei de Privacidade: Isto explica como usaremos as informações que você nos forneceu.**

A Lei Nacional Richard B. Russell de Almoço Escolar exige as informações neste requerimento. Você não é obrigado a fornecer as informações, mas se não o fizer, não poderemos aprovar seu filho no programa de refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve incluir o Número de Seguro Social do membro adulto da família que assina este formulário de solicitação. O Número de Seguro Social não é exigido quando você estiver solicitando o benefício para uma criança em lar adotivo temporário, ou quando você informar o número de seu caso no Programa de Cupons Alimentares (Food Stamp Program), no Programa de Assistência Temporária a Famílias Carentes (Temporary Assistance for Needy Families - TANF), ou no Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations - FDPIR), ou outra identificação para seu filho no FDPIR, ou quando você indicar que o adulto da família que assina este documento não tem um número de seguro social. Nós usaremos as suas informações para determinar se o seu filho é elegível para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido, e para a administração e imposição dos programas de almoço e café da manhã. PODEREMOS compartilhar suas informações sobre qualificação com programas educacionais, nutricionais e de saúde para ajudá-los a avaliar, financiar, ou determinar benefícios para os seus programas; com auditores, para a avaliação de programas; e com autoridades policiais, para ajudá-las a analisar violações de normas do programa.

**Declaração de não-discriminação: Isto explica o que deve fazer, caso acredite que foi tratado injustamente.** De acordo com as leis federais e com as normas do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade, ou deficiência. Para registrar uma queixa de discriminação, escreva para *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* ou ligue para 800-795-3272 ou 202-720-6382 (TTY). O USDA é um empregador e fornecedor de oportunidades iguais.

## INFORMAÇÕES COMPARTILHADAS COM MEDICAID/SCHIP

---

Caro(a) Pai/Mãe/Guardião:

Se os seus filhos recebem refeições escolares gratuitas ou a preço reduzido, eles também podem estar habilitados a receber seguro saúde gratuito ou de baixo custo através do Medicaid ou do Programa Estadual de Seguro Saúde Infantil (State Children's Health Insurance Program - SCHIP). Crianças com seguro saúde têm mais chances de receber cuidados médicos regularmente e estão menos sujeitas a perder aulas por motivo de doença.

O Seguro Saúde é tão importante para o bem-estar das crianças, **que a lei nos permite informar ao Medicaid e ao SCHIP que os seus filhos estão qualificados a receber refeições gratuitas ou a preço reduzido, a menos que você peça que não façamos isso.** O Medicaid e o SCHIP usam as informações apenas para identificar crianças que possam estar qualificadas a participar de seus programas. Os funcionários podem contatá-lo para oferecer tais programas a seus filhos (o preenchimento do Formulário de Solicitação de Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido não inscreve automaticamente seus filhos nos programas de seguro saúde).

Se você não quiser que as suas informações sejam compartilhadas com o Medicaid ou com o SCHIP, preencha e envie o formulário abaixo (o envio deste formulário não influirá na aprovação de seus filhos no programa de refeições gratuitas ou a preço reduzido).

---

- Não! Eu não quero** que as informações do meu Formulário de Solicitações de Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido sejam compartilhadas com o Medicaid ou com o Programa Estadual de Seguro Saúde Infantil (State Children's Health Insurance Program).

**Se você marcou “não”, preencha o formulário abaixo.**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Guardião: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome em Letra de Forma: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Para obter mais informações, ligue para **[name]** no telefone **[phone]**.  
**Envie este formulário para: [address] até [date].**

## INFORMAÇÕES COMPARTILHADAS COM OUTROS PROGRAMAS

---

Caro(a) Pai/Mãe/Guardião:

Para lhe poupar tempo e esforço, as informações que você forneceu no Formulário de Solicitação de Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido podem ser compartilhadas com outros programas aos quais seus filhos podem estar qualificados a participar. **Para os seguintes programas, nos precisamos de sua permissão para compartilhar suas informações. O envio deste formulário não interferirá na aprovação de seus filhos no programa de refeições gratuitas ou a preço reduzido.**

---

Não! Eu **NÃO QUERO** que as informações do meu Formulário de Solicitação de Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido sejam compartilhadas com nenhum desses programas.

---

Sim! Eu **QUERO** que funcionários da escola compartilhem informações do meu Formulário de Solicitação de Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido com **[name of program specific to your school]**.

Sim! Eu **QUERO** que os funcionários da escola compartilhem as informações do meu Formulário de Solicitação de Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido com **[name of program specific to your school]**.

Sim! Eu **QUERO** que os funcionários da escola compartilhem as informações do meu FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REFEIÇÕES ESCOLARES GRATUITAS E A PREÇO REDUZIDO com **[name of program specific to your school]**.

**Se você marcou “sim” em uma ou mais das opções acima, preencha o formulário abaixo. Suas informações serão compartilhadas apenas com os programas que você marcou.**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Guardião: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome em Letra de Forma: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Para obter mais informações, ligue para **[name]** no telefone **[phone]**.

**Envie este formulário para: [address] até [date].**

## O SEU FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO SERÁ VERIFICADO

---

**Você deve enviar as informações que necessitamos, ou entrar em contato com [name] até [date]; caso contrário, os seus filhos deixarão de receber as refeições gratuitas ou a preço reduzido.**

Escola: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Caro(a) \_\_\_\_\_:

Estamos verificando o seu Formulário de Solicitação de Refeições Escolares Gratuitas e a Preço Reduzido. As normas federais exigem que façamos isso para garantir que apenas crianças qualificadas recebam refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve nos enviar informações para comprovar que **[names of children]** são elegíveis.

Se possível, envie cópias, e não documentos originais. Se você nos enviar documentos originais, estes só serão devolvidos se você pedir.

**1. Se você estava recebendo Cupons de Alimentação (Food Stamps) ou TANF quando fez o pedido de refeições gratuitas ou a preço reduzido, ou recebeu desde então, envie-nos uma cópia de um dos seguintes documentos:**

- Comprovante de recebimento de Cupom de Alimentação (Food Stamp) ou TANF com a data de emissão.
- Carta de um órgão de Cupom de Alimentação (Food Stamp) ou Assistência Social que afirme que você obteve cupons de alimentação ou TANF.
- **Não envie o seu cartão EBT.**

**2. Se você receber esta carta em relação a uma criança sem-teto, migrante ou fugitiva, por favor, entre em contato com [school, homeless liaison, or migrant coordinator] para obter ajuda.**

**3. Se a criança vive em um lar adotivo temporário:**

Envie-nos a documentação oficial da instituição responsável pela criança.

**4. Se você não recebe Cupons de Alimentação (Food Stamps) ou TANF para seus filhos:**

A. Escreva abaixo o nome e o Número de Seguro Social de cada um dos membros adultos de sua família.

Nome	Número de Seguro Social (Consulte a Declaração de Lei de Privacidade na página 2)	Não possui Número de de Seguro Social
_____	- - - - - - - - - -	<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. Envie esta página junto com documentos que indiquem a quantia que sua família recebe de cada fonte de renda.

Os documentos que serão enviados devem indicar o **nome** da pessoa que recebeu o rendimento, a **data** em que ele foi recebido, a **quantia** recebida, e a **frequência** do recebimento. **Envie as informações para: [address].**

**Os documentos aceitáveis incluem:**

**Empregos:** Canhoto de contracheque ou holerite que indique a quantia recebida e a frequência do recebimento do pagamento; carta do empregador informando o valor dos salários brutos e a frequência dos pagamentos; ou documentos de negócios ou fazendas, tais como livros-razão ou registros de impostos.

**Seguro Social, Pensões, ou Aposentadoria:** Carta de benefício de aposentadoria do Seguro Social, declaração de benefícios recebidos, ou aviso de concessão de pensão.

**Seguro Desemprego, Incapacidade, ou Compensação Trabalhista:** Aviso de qualificação ao recebimento de Seguro Desemprego, canhoto de cheque, ou carta de Compensação Trabalhista.

**Pagamentos de Assistência Social:** Carta de benefício do órgão de assistência social.

**Pensão alimentícia a filhos ou ex-cônjuge:** Mandado judicial, acordo, ou cópias de cheques recebidos.

**Outros rendimentos (tais como renda de aluguel):** Informações que indiquem a quantia do rendimento recebido, a frequência e a data do recebimento.

**Nenhuma renda:** Um bilhete conciso explicando como você obtém alimento, roupas e moradia para sua família, e quando você espera receber uma renda.

**Iniciativa de Privatização de Moradias Militares:** Carta ou contrato de aluguel indicando que sua moradia faz parte da Iniciativa de Privatização de Moradias Militares.

**Limite de tempo da comprovação de renda aceitável:** Por favor, envie documentos que comprovem a sua renda na época em que requereu os benefícios. Se você não tiver esta informação, pode apresentar documentos emitidos entre a época do requerimento e a época da verificação.

Se você tiver dúvidas ou precisar de ajuda, ligue para **[name]** no telefone **[phone number]**. A ligação é gratuita. **[Toll free or reverse charge explanation]**.

Atenciosamente,

**[signature]**

---

Declaração da Lei de Privacidade: A Lei Nacional Richard B. Russell de Almoço Escolar exige as informações neste formulário de solicitação. Você não é obrigado a fornecer as informações, mas se não o fizer, não poderemos aprovar seu filho no programa de refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve incluir o número de seguro social de todos os membros adultos de sua família. O Número de Seguro Social não é exigido quando você estiver solicitando o benefício para uma criança em lar adotivo temporário, ou quando você informar o número de seu caso no Programa de Cupons Alimentares (Food Stamp Program), no Programa de Assistência Temporária a Famílias Carentes (Temporary Assistance for Needy Families - TANF), ou no Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations - FDIPIR), ou outra identificação para seu filho no FDIPIR, ou quando você indicar que o adulto da família que assina este documento não tem um número de seguro social. Nós usaremos as suas informações para determinar se o seu filho é elegível para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido, e para a administração e imposição dos programas de almoço e café da manhã.

Declaração de não-discriminação: Isto explica o que você deve fazer, caso acredite que foi tratado injustamente. De acordo com as leis federais e com as normas do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade, ou deficiência. Para registrar uma queixa de discriminação, escreva para *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* ou ligue para **800-795-3272** ou **202-720-6382 (TTY)**. O USDA é um empregador e fornecedor de oportunidades iguais.

## O SEU FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO FOI VERIFICADO

---

Escola: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Caro(a) \_\_\_\_\_:

Nós verificamos as informações que você nos enviou para comprovar que **[names of children]** são elegíveis a receber refeições gratuitas e a preço reduzido e decidimos que:

- A elegibilidade de seus filhos não mudou.
- A partir de **[date]**, a elegibilidade de seus filhos para refeições será alterada de **“a preço reduzido” para “gratuitas”** porque a sua renda está dentro dos limites estabelecidos para refeições gratuitas. Os seus filhos receberão refeições gratuitas.
- A partir de **[date]**, a elegibilidade de seus filhos para refeições será alterada de **“gratuitas” para “a preço reduzido”** porque a sua renda está acima do limite para refeições gratuitas. O preço reduzido das refeições é **[\$]** pelo café da manhã e **[\$]** pelo almoço.
- A partir de **[date]**, os **seus filhos não estarão mais qualificados** a receber refeições gratuitas ou a preço reduzido pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
  - \_\_\_ Os registros indicam que você não recebeu Cupons Alimentares (Food Stamps), ou TANF.
  - \_\_\_ Os registros indicam que a(s) criança(s) não é/são sem-teto(s), fugitiva(s), ou migrante(s).
  - \_\_\_ A sua renda está acima do limite para refeições gratuitas ou a preço reduzido.
  - \_\_\_ Você não forneceu: \_\_\_\_\_
  - \_\_\_ Você não atendeu o nosso pedido.

O preço das refeições é **[\$]** pelo almoço e **[\$]** pelo café da manhã. Se a sua renda familiar diminuir ou se sua família aumentar, você pode solicitar o benefício novamente. Se você não apresentou comprovação de elegibilidade atual, pediremos que apresente, caso faça uma nova solicitação.

Se você discorda desta decisão, pode discutir o assunto com **[name]** no telefone **[phone]**. Você também tem direito a uma audiência imparcial. Se você solicitar uma audiência até **[date]**, os seus filhos continuarão a receber as refeições gratuitas ou a preço reduzido até que o funcionário da audiência chegue a uma decisão. Você pode solicitar uma audiência telefonando ou escrevendo para: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Atenciosamente,

**[signature]**

---

**Declaração de não-discriminação:** Isto explica o que você deve fazer, caso acredite que foi tratado injustamente. De acordo com as leis federais e com as normas do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade, ou deficiência. Para registrar uma queixa de discriminação, escreva para *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* ou ligue para [800-795-3272](tel:800-795-3272) ou [202-720-6382](tel:202-720-6382) (TTY). O USDA é um empregador e fornecedor de oportunidades iguais.