



免费及减价校餐申请验证表

学年 _____ - _____

对学区的指示

此卷宗包含：

必须提供给家庭的**必要**信息：

- 致家庭信
- 免费及减价校餐申请表

对合格性信息材料的验证：

- 对合格性验证选取的通知
- 验证结果报告

可选择的、可能提供给家庭的，与申请有关材料：

- 与 Medicaid/SCHIP 分享信息
- 与其他计划分享信息

此卷宗内各页设计用 8½” x 11” 纸打印。某些页可用正反两面打印。您需要鉴别贵校所提供的食物，如放学后的点心，的好处。**[括号内的粗体字区域]** 供您插入学区特殊信息。例如，在验证材料内，您必须包括供辅助验证的贵学区办公室免费电话。如果这些材料未经修改以包括贵州之“贫困家庭临时援助” (TANF) 计划名称，州儿童保健计划 (SCHIP)，或如果合适，添加“印地安人保护区食品分配计划” (FDPIR)，您应该酌情插入这些信息。如果您做了其他修改，您必须将您的申请卷宗上报您的州有关机构以获得批准认可。

此样板申请卷宗包括有关“军人住房私有化举措” (Military Housing Privatization Initiative) 中将住房补贴排除在外的信息。如果上述内容与您的学区无关，请酌情修改。

如果您有问题，请联系：

[State agency address]

[Insert School District Letterhead]

亲爱的家长/监护人：

儿童为了学习，需要有健康的膳食。**[Name of School]** 在每天学生上学期间提供健康的膳食。早餐费为 **[\$]**；午餐费为 **[\$]**。您的孩子可能符合条件得到免费或减价的膳食。减价早餐为 **[\$]**，午餐为 **[\$]**。

1. **我需要为每个孩子各填写一份申请表吗？**不，只要填写申请免费或减价校餐的申请表。为您家庭的所有学生，使用一份“免费及减价校餐申请表”。我们对未填全的申请表将不予批准，所以请确保填写所有必要的信息。**将填好的申请表退回至：** **[name, address, phone number]**。
2. **谁能得到免费校餐？**不管您的收入有多少，在家庭中得到食物券或“贫困家庭临时援助计划” (TANF) 的孩子以及大多数领养孩子都可以得到免费校餐。如果您的家庭收入在“联邦收入准则” (Federal Income Guidelines) 的自由限额内，您的孩子也可以得到免费校餐。
3. **无家可归的、离家出走的以及移民孩子可以得到免费校餐吗？**请电 **[school, homeless liaison or migrant coordinator]** 以了解您的孩子 (们) 是否符合条件，如果没人通知您他们可以得到免费校餐。
4. **谁能得到减价校餐？**如果您的家庭收入在本申请表内所显示的“联邦收入表”之减价限制范围内，您的孩子可以得到低价校餐。
5. **如果本学年我收到过信，说明我的孩子已批准得到免费或减价校餐，我还需要填写申请表吗？**请仔细阅读您所收到的信并遵循信中的指示。如果您有问题，请打电话给学校，其号码是 **[phone number]**。
6. **我参加“妇幼营养辅助计划” (WIC) 。我的孩子 (们) 可以得到免费校餐吗？**参加“妇幼营养辅助计划” (WIC) 家庭的孩子 可能 符合条件得到免费或减价校餐。请填写申请表。
7. **会对我提供的信息进行核对吗？**是的，我们可能要求您提供书面证明。

8. 如果我目前不符合条件，今后我可以再提出申请吗？可以。如果在学年期间任何时候您的家庭人口增加、收入减少或者您开始得到食物券、“贫困家庭临时援助计划”(TANF)或其他福利，您就可以提出申请。如果您失业，您的孩子就有可能得到免费或减价校餐。

9. 如果我不同意学校对我申请的决定，我该怎么办？您应该找学校领导谈。您还可以要求听讼，通过打电话或写信至：**[name, address, phone number]**。

10. 如果我家庭中的某人非美国公民，我可以申请吗？可以。您或您的孩子(们)不必一定要是美国公民方能符合条件得到免费或减价校餐。

11. 我的家庭成员应该包括哪些人？您必须包括所有住在您家庭内的人，无论有无亲戚关系(如祖父母、其他亲戚或朋友)。您必须包括您自己以及所有与您住在一起的孩子。

12. 如果我的收入不稳定，怎么办？罗列您通常得到的数额。例如，如果您通常每月收入 \$1000，但是上个月您少做了几天，只得到 \$900，您每月收入还应该填 \$1000。如果您通常得到加班费，请包括进去，但是如果您仅仅有时得到加班费，则不必列入。

13. 我们是在职军人，我们要将住房补贴作为收入吗？如果您的住房属于“军人住房私有化举措”(Military Housing Privatization Initiative)的一部分，请勿将您的住房补贴作为收入。所有其他补贴必须包括进您的毛收入。

如果您有其他问题或需要帮助，请电：**[phone number]**。

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

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

谨启！

[signature]

申请说明

如果您的家庭得到食物券或参加“贫困家庭临时援助计划”(TANF)，请遵循以下指示：

第 1 部分:罗列孩子姓名、学校、年级，以及食物券或“贫困家庭临时援助计划”案号。

第 2 部分:复选合适的方框，如果有。

第 3 部分:跳过这一部分。

第 4 部分:跳过这一部分。

第 5 部分:在表格上签名。不必填写社会安全号。

第 6 部分:如果您选择回答这一问题，则回答。

复选合适的方框并联系 [your school, homeless liaison, migrant coordinator]。

遵循供 ALL OTHER HOUSEHOLDS (所有其他家庭) 的说明，填写申请表。

如果您为领养儿童申请，请遵循以下指示：

第 1 部分:分别为每位儿童各填写一份申请表。罗列儿童的姓名、学校和年级。

第 2 部分:跳过这一部分。

第 3 部分:复选该方框并列出生童的个人月收入，如果有的话。

第 4 部分:跳过这一部分。

第 5 部分:在表格上签名。不必填写社会安全号。

第 6 部分:如果您选择回答这一问题，则回答。

所有其他家庭，包括参加“妇幼营养辅助计划”(WIC)的家庭，请遵循以下指示：

第 1 部分:罗列每个儿童的姓名、学校和年级。

第 2 部分:复选合适的方框，如果有。

第 3 部分:跳过这一部分。

第 4 部分:遵循以下指示，报告自上个月起的家庭总收入。

第 1 栏- 姓名:列出住在您家庭内的每个人的姓和名，无论有无亲戚关系(如祖父母、其他亲戚或朋友)。您必须包括您自己以及所有与您住在一起的孩子。如果需要，可以另外附上纸。

第 2 栏- 上月的毛收入以及得到如此金额收入的经常程度。在每人姓名旁边列出上月收到的各种收入种类，以及得到如此金额收入的经常程度。例如，工作所得：列出每人工作所得的毛收入。这和扣税后的实得工资不同。毛收入是税前和其他金额扣除之前的收入额。这一金额应列在您的工资单上，或者您的老板可以告诉您。在金额旁边填写该人得到如此金额的经常程度(每周、每两周、每月两次或每月一次)。所有其他收入：列出每人上月从福利金、孩子抚养费、赡养费，

(第二栏) 养老金、退休金、社会安全金 (第三栏), 以及所有其他收入来源 (第四栏)中得到的总额。所有其他一栏应包括工人工伤补助 (Worker's Compensation)、失业救济金、罢工救济金、补充保障收入[Supplemental Security Income (SSI)]、退伍军人津贴 (VA benefits)、残障人士津贴、来自不住在您家庭的人的经常性捐款, 以及任何其他收入。报告自己拥有的业务、农场或零售商店的净收入。在金额旁边填写该人得到如此金额的经常程度。如果您属于“军人住房私有化举措”范围, 请勿填写此住房补贴。

第 3 栏 – 如果无收入, 请复选: 如果该人无任何收入, 请复选此方框。

第 5 部分:家庭的成人成员必须在此表上签名并列出他/她的社会安全号, 或者如果他/她无收入, 则在相应的方框内做记号。

第 6 部分:如果您选择回答这一问题, 则回答。

免费及减价校餐家庭申请表

第 1 部分：在校儿童 (为每个领养儿童单独填写申请表)

所有在校儿童姓名 (名、中间名缩写、姓)	校名	年级	食物券或 TANF 案号 (如有). 如果列出食物券或 TANF 案号, 跳至第 5 部分。

第 2 部分：如果您代申请的孩子是无家可归的、移民或离家出走的，复选合适的方框并电 [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #] 无家可归的 移民 离家出走的

第 3 部分：领养儿童

如果此申请是为由福利机构或法院承担法律责任的儿童，复选此方框 然后列出该儿童个人每月使用的收入数额：
\$ _____ . 跳至第 5 部分。

第 4 部分：4. 家庭毛收入总额—您必须告诉我们具体数目以及经常程度

1. 姓名 (列出家庭中的每一个人)	2. 毛收入及得到如此金额的经常程度 如：:\$100/每月 \$100/每月两次 \$100/每两周 \$100/每周				3. 复选, 如无收入
	税前工资	福利金、儿童抚养费、赡养费	养老金、退休金、社会安全金	所有其他收入：:	
(如) <i>Jane Smith</i>	\$200/每周 _____	\$150/每周 _____	\$100/每月 _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

第 5 部分：签名及社会安全号 (成人必须签名)

家庭成人成员必须在申请表上签名。如完成了第 4 部分，申请表上签名的成人还必须列出他或她的社会安全号，或者在“我没有社会安全号”的方框内做记号。[参阅本页背面的“隐私权法声明”(Privacy Act Statement)。]

我证明 (允诺) 本申请表内的所有信息均正确而且所有收入都已报告。我理解学校将根据我所提供的信息而得到联邦政府的资金。我知道校方会验证 (检查) 我提供的信息。我知道如果我故意提供虚假信息，我的孩子可能会失去校餐福利而我可能会被起诉。

在此签名：X _____ 姓名正楷：_____ 日期：_____

地址：_____ 电话号码：_____

社会安全号：____ - ____ - _____ 我没有社会安全号

第 6 部分：孩子的种族及人种鉴别 (可选)

标记一种或多种人种鉴别：_____ 标记一种人种鉴别：_____

- | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 亚裔 | <input type="checkbox"/> 美洲印地安人或土著阿拉斯加人 | <input type="checkbox"/> 讲西语人或拉美人 |
| <input type="checkbox"/> 白人 | <input type="checkbox"/> 土著夏威夷人或其他太平洋岛人 | <input type="checkbox"/> 非讲西语人或拉美人 |
| <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 | <input type="checkbox"/> 其他 | |

请勿填写这一部分。这部分仅供学校使用。

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: _____

如果您的家庭收入在此表限定范围内，您的孩子可能符合得到免费或减价校餐的条件。

联邦收入表			
供学年 _____			
家庭人口数	每年	每月	每周
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
每一另外的人：			

隐私权法声明：这将说明我们将如何使用您提供的信息。

Richard B. Russell National School Lunch Act 要求此申请表上的信息。您不必一定要提供信息，但是如果您不提供，我们就不能批准您的孩子享受免费或减价校餐。您必须包括在申请表上签名的家庭成人成员的社会安全号。如果您代表领养儿童申请或者您列出您的孩子的食物券计划、贫困家庭临时援助计划 (TANF) 或在印地安人保护区食品分配计划 (FDPIR) 的案号或其他 FDPIR 鉴别号；或者您指出签名的家庭成人成员不具有社会安全号，那么就不要要求您提供社会安全号。我们会使用您的信息来决定您的孩子是否符合条件享受免费或减价校餐，同时也为了管理和加强学校午餐和早餐计划。我们可能将您的合格性信息与教育、健康和营养计划部门分享，从而有助于他们评估、资助或决定他们计划的好处；供审计员进行项目检查，以及帮助执法人员审视对计划规定的违反行为。

无歧视声明：该声明解释了如果您感到自己被不公平对待时，您应该怎么做。根据联邦法和美国农业部政策，本机构严禁因为种族、肤色、原籍国、性别、年龄或残障情况而进行

歧视。若要对歧视情况立案指控，请写信至：*USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* 或电 800-795-3272 / 202-720-6382 (TTY).美国农业部 (USDA) 是提供均等就业机会的单位和雇主。

与 MEDICAID/SCHIP 分享信息

亲爱的家长/监护人：

如果您的孩子获得免费或减价校餐，他们也可能通过医疗辅助 (Medicaid) 或州儿童健康保险计划 (SCHIP)获得免费或低费用健康保险。健康投保的儿童能够得到经常性的医疗护理，这样就很少会因为生病而旷课。

因为健康保险对儿童的康乐是如此之重要，法律允许我们告诉 Medicaid 和 SCHIP ，您的孩子符合条件享受免费或减价校餐，除非您告诉我们不要这样做。Medicaid 和 SCHIP 仅使用信息鉴别可能符合条件参加他们计划的孩子。计划官员可能会与您联系，主动提出让您的孩子参加 (填写免费及减价校餐申请表并不使您孩子自动加入健康保险)。

如果您不要我们将您的信息与 Medicaid 或 SCHIP 分享，请填写以下表格并寄来 (邮寄此表格不会改变您孩子获得免费或减价校餐的情况)。

不! 我不要将我在免费及减价校餐申请表内的信息与医疗辅助或州儿童健康保险计划分享。

如果您复选“不”，请填写以下表格。

儿童姓名：_____ 学校：_____

儿童姓名：_____ 学校：_____

儿童姓名：_____ 学校：_____

儿童姓名：_____ 学校：_____

家长/监护人签名：_____ 日期：_____

姓名正楷：_____ 地址：_____

欲知详情，请电 [name] ，电话号码是 [phone]。

将此表格寄回至: [address] ，在 [date] 之前。

与其他计划分享信息

亲爱的家长/监护人：

为了节省您的时间和精力，您在免费及减价校餐申请表内提供的信息可能与您孩子或许合格的其他计划分享。对于以下计划，我们必须得到您的同意，方能分享您的信息。邮寄此表格不会改变您孩子获得免费或减价校餐的情况。

不！我不要将我在免费及减价校餐申请表内的信息与这些计划中的任何一个分享。

是！我确实要校方将我在免费及减价校餐申请表内的信息与 [name of program specific to your school]分享。

是！我确实要校方将我在免费及减价校餐申请表内的信息与 [name of program specific to your school]分享。

是！我确实要校方将我在免费及减价校餐申请表内的信息与 [name of program specific to your school]分享。

如果您在上述任何一个或全部方框内复选“是”，请填写以下表格。您的信息只会与您复选的计划分享。

儿童姓名：_____ 学校：_____

儿童姓名：_____ 学校：_____

儿童姓名：_____ 学校：_____

儿童姓名：_____ 学校：_____

家长/监护人签名：_____ 日期：_____

姓名正楷：_____

地址：_____

欲知详情，请电 [name] ，号码为 [phone]。
将此表格寄回至: [address] ，在 [date] 之前。

我们必须检查您的申请

您必须将我们需要的信息寄来，或联系 [name] ，在 [date] 之前，否则您的孩子将停止得到免费或减价校餐。

学校: _____ 日期: _____

亲爱的 _____:

我们在审查您的免费及减价校餐申请表。联邦法规要求我们这样做，从而确保只有符合条件的儿童才能得到免费或减价校餐。您必须寄给我们信息以证明 [names of children] 符合条件。

如果可能，寄给我们复印件而非原始凭证。如果您确实寄给我们原件，只有在您要求的情况下我们才会寄还给您。

1. 如果在您申请免费或减价校餐时，或自那时起的任何时候，您在获得食物券或 TANF，请寄以下一种文件的复印件给我们：

- 显示证明日期的食物券或 TANF 证明通知。
- 告诉您获得食物券或 TANF 的，发自食物券或福利办公室的信。
- 请勿将您的 EBT 卡寄给我们。

2. 如果您收到的信是为无家可归的、移民的或离家出走的孩子，请联系 [school, homeless liaison, or migrant coordinator] 以寻求帮助。

3. 如果该孩子是领养孩子：

将出自担保该孩子机构的正式文件寄给我们。

4. 如果您未为您的孩子获得食物券或 TANF：

A. 在下表中填写每个成人家庭成员的姓名和社会安全号。

姓名	社会安全号 (参见“隐私法声明”第 2 页)	无社会安 全号：
_____	____ - ____ - _____	<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. 将此页与显示您家庭从各个收入来源得到的金额的凭证一并寄给我们。

您寄来的文件必须显示得到收入的人的姓名，得到的日期，得到的金额以及得到的经常程度。将信息寄至：[address]。

能够接受的凭证包括：

工作：显示金额及支付频率的工资单存根或支付工资的信封；说明工资毛额及支付频率的雇主的信；或者商务或农事文件，如分类帐或税本。

社会安全金、养老金或退休金：社会安全退休福利信、福利收讫陈述或养老金发放通知。

失业、残障或工伤补偿：州就业保障办公室发出的合格通知、支票存根或工伤补偿办公室 (Worker's Compensation) 的信。

福利付款：福利机构发出的有关利益的信。

儿童抚养费或赡养费：法院判决、协议或收到的支票的复印件。

其他收入 (如出租房屋的收入):显示收到收入的金额、频率以及日期的信息。

无收入:简单解释您如何为您的家庭提供食物、衣着和住房，以及您何时预期会有收入。

军人住房私有化举措:显示您的住房属于军人住房私有化举措的信或租赁合同。

能够接受的收入文件的期限:请呈递显示在您申请福利时您的收入的文件。如果您没有此类信息，请呈递从申请至验证期间的文件。

如果您有问题或需要帮助，请电：[name]，号码是 [phone number]。这是免费电话。
[Toll free or reverse charge explanation].

谨启！

[signature]

隐私权法声明：Richard B. Russell National School Lunch Act 要求此申请表上的信息。您不必一定要提供信息，但是如果您不提供，我们就不能批准您的孩子享受免费或减价校餐。您必须提供所有成人家庭成员的社会安全号。如果您代表领养儿童申请或者您列出您的孩子的食物券计划、贫困家庭临时援助计划 (TANF) 或在印地安人保护区食物分配计划 (FDPIR) 的案号或其他 FDPIR 鉴别号；或者您指出签名的家庭成人成员不具有社会安全号，那么就不要要求您提供社会安全号。我们会使用您的信息来决定您的孩子是否符合条件享受免费或减价校餐，同时也为了管理和加强学校午餐和早餐计划。

无歧视声明：该声明解释了如果您感到自己被不公平对待时，您应该怎么做。根据联邦法和美国农业部政策，本机构严禁因为种族、肤色、原籍国、性别、年龄或残障情况而进行歧视。若要对歧视情况立案指控，请写信至： *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* 或电 800-795-3272 / 202-720-6382 (TTY) 美国农业部 (USDA) 是提供均等就业机会的单位和雇主。

我们已经检查过您的申请

学校: _____ 日期: _____

亲爱的 _____:

我们已经检查过您寄给我们以证明 **[names of children]** 符合条件得到免费或减价校餐的信息，并做出以下决定：

- 您孩子的合格状况尚未改变。
- 从 **[date]** 起，您孩子的合格状况将从 **减价校餐改为免费校餐** 因为您目前的收入在免费校餐的合格范围之内。您的孩子将得到免费校餐。
- 从 **[date]** 起，您孩子的合格状况将从 **免费校餐改为减价校餐** 因为您目前的收入超出免费校餐的合格范围。减价午餐为 [\$]，早餐为 [\$]。
- 从 **[date]** 起，您的孩子不再符合条件得到免费或减价校餐，其理由如下：
 - ___ 记录显示您未得到食物券或 TANF。
 - ___ 记录显示该儿童并非无家可归、离家出走或移民。
 - ___ 您的收入超出得到免费或减价校餐的范围。
 - ___ 您未提供： _____
 - ___ 您未对我们的要求作出答复。

午餐为 [\$]，早餐为 [\$]。如果您的家庭收入降低或者您的家庭人口增加，您可以再次申请。如果再次申请时，您未提供那时的合格证明，我们会要求您这样做。

如果您不同意此决定，您可以与 **[name]** 讨论，电话为 **[phone]**。您还有权要求公正听证。如果您在 **[date]** 前要求听证，您的孩子将继续得到免费或减价校餐直到听证官作出决定。您可以要求听证，通过打电话或写信至：**[name], [address], [phone number]**。

谨启！

[signature]

无歧视声明：该声明解释了如果您感到自己被不公平对待时，您应该怎么做。根据联邦法和美国农业部政策，本机构严禁因为种族、肤色、原籍国、性别、年龄或残障情况进行歧视。若要对歧视情况立案指控，请写信至：*USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* 或 电 800-795-3272 / 202-720-6382 (TTY).美国农业部 (USDA) 是提供均等就业机会的单位和雇主。