



ΕΝΤΥΠΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΔΩΡΕΑΝ ΚΑΙ ΣΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ

ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ _____ - _____

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ

Στο παρόν πακέτο περιλαμβάνονται:

Απαιτούμενα έγγραφα που παρέχονται *υποχρεωτικά* στα νοικοκυριά:

- Επιστολή προς τα νοικοκυριά
- Αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν και σε μειωμένη τιμή

Έλεγχος των πληροφοριών τεκμηρίωσης της επιλεξιμότητας:

- Είδοποίηση επιλογής για επιβεβαίωση της επιλεξιμότητας
- Επιστολή σχετικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου

Προαιρετικό υλικό που σχετίζεται με την αίτηση το οποίο παρέχεται *προαιρετικά* στα νοικοκυριά:

- Κοινοποίηση πληροφοριών στα προγράμματα Medicaid/SCHIP

Κοινοποίηση πληροφοριών σε άλλα προγράμματα

Οι σελίδες είναι σχεδιασμένες ώστε να εκτυπώνονται σε χαρτί διαστάσεων 21cm x 28 cm (8½" x 11"). Ορισμένες σελίδες μπορούν να εκτυπώνονται και στις δύο όψεις ενός φύλλου. Θα χρειαστεί να προσδιορίσετε τις παροχές που προσφέρει το σχολείο σας, όπως πρόχειρο φαγητό μετά το σχολείο. Τα **[πεδία με έντονους χαρακτήρες εντός αγκυλών]** υποδεικνύουν τον χώρο συμπλήρωσης πληροφοριών που αφορούν τη σχολική περιφέρεια. Επί παραδείγματι, πρέπει να συμπεριλαμβάνεται ο χωρίς χρέωση τηλεφωνικός αριθμός της περιφέρειάς σας σε περίπτωση που χρειαστεί η συνδρομή σας στη διαδικασία επαλήθευσης αναφορικά με το υλικό ελέγχου. Εάν το συγκεκριμένο υλικό δεν έχει τροποποιηθεί ώστε να περιλαμβάνεται το πρόγραμμα προσωρινής συνδρομής σε άπορες οικογένειες (TANF) της Πολιτείας σας, το πρόγραμμα της Πολιτείας για την ασφάλιση υγείας των παιδιών (SCHIP), ή το πρόγραμμα διανομής τροφίμων σε ινδιάνικους καταυλισμούς (FDPIR), εάν ισχύει, τότε θα πρέπει να συμπληρώσετε όλες τις σχετικές πληροφορίες. Σε περίπτωση που προβείτε σε περαιτέρω αλλαγές, θα πρέπει να υποβάλετε το πακέτο αίτησης στον αρμόδιο φορέα της Πολιτείας για έγκριση.

Το πρωτότυπο πακέτο αίτησης περιλαμβάνει πληροφορίες αναφορικά με την εξαίρεση από την παροχή στεγαστικού επιδόματος όσων συμμετέχουν στην πρωτοβουλία ιδιωτικοποίησης κατοικιών για στρατιωτικούς (Military Housing Privatization Initiative). Εάν αυτό δεν ισχύει για την σχολική σας περιφέρεια, προβείτε στη σχετική τροποποίηση.

Για τυχόν ερωτήματα, απευθυνθείτε:

[State agency address]

[Εισάγετε τα στοιχεία της σχολικής περιφέρειας]

Αγαπητέ γονέα/ κηδεμόνα:

Τα παιδιά χρειάζονται υγιεινά γεύματα που ενισχύουν τις μαθησιακές τους δεξιότητες. Το **[Name of School]** παρέχει υγιεινά γεύματα κάθε σχολική ημέρα στην τιμή των **[\$]** για το πρωινό και των **[\$]** για το μεσημεριανό. Τα παιδιά σας μπορεί να πληρούν τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. Η μειωμένη τιμή είναι **[\$]** για το πρωινό και **[\$]** για το μεσημεριανό.

1. Χρειάζεται να συμπληρώσω χωριστή αίτηση για κάθε παιδί; Όχι. Συμπληρώστε την αίτηση για χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. Χρησιμοποιήστε μία αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για όλους τους μαθητές του νοικοκυριού σας. Οι αιτήσεις που δεν είναι συμπληρωμένες δεν μπορούν να εγκριθούν. Για τον λόγο αυτό, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες. **Αποστείλετε τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση: [name, address, phone number].**

2. Ποιοι δικαιούνται δωρεάν γεύματα; Τα παιδιά σε νοικοκυριά στα οποία χορηγούνται κουπόνια διατροφής ή παροχή TANF και υιοθετημένα παιδιά, ασχέτως του εισοδήματός σας. Επίσης, τα παιδιά σας μπορούν να απολαμβάνουν δωρεάν γεύματα εφόσον το οικογενειακό σας εισόδημα εμπίπτει στα όρια για χορήγηση δωρεάν γευμάτων που ορίζουν οι ομοσπονδιακές οδηγίες εισοδήματος.

3. Δικαιούνται δωρεάν γεύματα τα άστεγα παιδιά, παιδιά που έχουν εγκαταλείψει το σπίτι και τα παιδιά μεταναστών; Σε περίπτωση που δεν σας έχουν ειδοποιήσει ότι τα παιδιά σας δικαιούνται δωρεάν γεύματα, επικοινωνήστε με τον αρμόδιο φορέα **[school, homeless liaison or migrant coordinator]** για να βεβαιωθείτε.

4. Ποιοι δικαιούνται γεύματα σε μειωμένη τιμή; Τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα σε μειωμένη τιμή εάν το οικογενειακό σας εισόδημα εμπίπτει εντός των ορίων για χορήγηση γευμάτων σε μειωμένη τιμή που ορίζει ο Ομοσπονδιακός Χάρτης Εισοδήματος, που παρουσιάζεται στην παρούσα αίτηση.

5. Εάν λάβω επιστολή από το σχολείο σύμφωνα με την οποία τα παιδιά μου δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, χρειάζεται να συμπληρώσω αίτηση; Διαβάστε προσεκτικά την επιστολή που λάβατε και ακολουθήστε τις οδηγίες. Για οποιαδήποτε ερωτήματα, καλέστε το σχολείο **[phone number]**.

6. Λαμβάνω ενίσχυση μέσω του προγράμματος WIC (Γυναίκες, βρέφη και παιδιά). Μπορούν τα παιδιά μου να λαμβάνουν δωρεάν γεύματα; Τα παιδιά οικογενειών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα WIC μπορεί να πληρούν τις προϋποθέσεις για χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. Συμπληρώστε μια αίτηση.

7. Θα ελεγχθούν οι πληροφορίες που υποβάλλω; Ναι, ίσως σας ζητηθεί να προσκομίσετε έγγραφες αποδείξεις.

8. Εάν κριθεί ότι δεν πληρώ τις προϋποθέσεις, μπορώ να υποβάλω αίτηση αργότερα; Ναι. Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση ανά πάσα στιγμή καθόλη τη διάρκεια του σχολικού έτους εφόσον η οικογένειά σας αποκτήσει νέα μέλη, το εισόδημά σας συρρικνωθεί ή αρχίσετε να λαμβάνετε κουπόνια διατροφής, ενίσχυση TANF ή άλλα επιδόματα. Επίσης, τα παιδιά σας μπορεί να δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή σε περίπτωση που χάσετε τη δουλειά σας.

9. Τι γίνεται σε περίπτωση που διαφωνώ με την απόφαση του σχολείου όσον αφορά την κατάληξη της αίτησής μου; Θα πρέπει να μιλήσετε με τους αρμόδιους του σχολείου. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε ακρόαση τηλεφωνικώς ή με επιστολή στη διεύθυνση: **[name, address, phone number]**.

10. Μπορώ να υποβάλω αίτηση εάν κάποιο μέλος του νοικοκυριού δεν είναι αμερικανός πολίτης; Ναι. Ούτε εσείς ούτε τα παιδιά σας χρειάζεται να είστε αμερικανοί πολίτες για να δικαιούστε γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

11. Ποιοι θα πρέπει να περιλαμβάνονται στα μέλη του νοικοκυριού μου; Πρέπει να συμπεριλαμβάνονται όλοι όσοι ζουν στο νοικοκυριό σας, είτε πρόκειται για συγγενείς είτε όχι (όπως παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι). Στα μέλη θα πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας.

12. Τι γίνεται σε περίπτωση που το εισόδημά μου δεν είναι σταθερό; Συμπληρώνετε το ποσό που λαμβάνετε συνήθως. Επί παραδείγματι, εάν το μηνιαίο σας εισόδημα ανέρχεται συνήθως στα \$1000 μηνιαίως, αλλά τον προηγούμενο μήνα χάσατε κάποια ημερομίσθια και συγκεντρώσατε μόνο \$900, συμπληρώστε \$1000 μηνιαίως. Συμπεριλάβετε τυχόν υπερωρίες, μόνο όμως εφόσον τις λαμβάνετε σε τακτική βάση.

13. Είμαστε στον στρατό, θα πρέπει στα εισοδήματα να συμπεριλάβουμε το στεγαστικό επίδομα; Εάν η οικία σας ανήκει στην πρωτοβουλία ιδιωτικοποίησης των κατοικιών για στρατιωτικούς, τότε μη συμπεριλαμβάνετε το στεγαστικό επίδομα στα εισοδήματα. Όλα τα υπόλοιπα επιδόματα θα πρέπει να περιλαμβάνονται στο ακαθάριστο εισόδημα.

Για άλλα ερωτήματα ή βοήθεια, καλέστε **[phone number]**.

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

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

Με τιμή,
[υπογραφή]

ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

Εάν λαμβάνετε ΚΟΥΠΟΝΙΑ ΣΙΤΙΣΗΣ ή ΕΝΙΣΧΥΣΗ TANF, ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:

Μέρος 1: Συμπληρώστε το όνομα του παιδιού (ή των παιδιών), του σχολείου, τον κωδικό των κουπονιών διατροφής ή της ενίσχυσης TANF.

Μέρος 2: Επιλέξτε το κατάλληλο πλαίσιο, εάν υπάρχει.

Μέρος 3: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 4: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 5: Υπογράψτε το έντυπο. Δεν είναι απαραίτητος ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης.

Μέρος 6: Απαντήστε κατά προαίρεση.

Επιλέξτε το κατάλληλο πλαίσιο και επικοινωνήστε με τον αρμόδιο φορέα [το σχολείο σας, το γραφείο συνδέσμου για θέματα αστέγων, τον συντονιστή υποθέσεων μεταναστών].

Συμπληρώστε την αίτηση ακολουθώντας τις οδηγίες για ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ.

Εάν κάνετε αίτηση για ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ, ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:

Μέρος 1: Χρησιμοποιήστε χωριστή αίτηση για κάθε υιοθετημένο παιδί. Συμπληρώστε το όνομα του παιδιού, το σχολείο και την τάξη.

Μέρος 2: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 3: Επιλέξτε το πλαίσιο και συμπληρώστε μηνιαίο εισόδημα για προσωπική χρήση του παιδιού, εάν υπάρχει.

Μέρος 4: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 5: Υπογράψτε το έντυπο. Δεν είναι απαραίτητος ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης.

Μέρος 6: Απαντήστε κατά προαίρεση.

ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ, περιλαμβανομένων των νοικοκυριών που λαμβάνουν ενίσχυση WIC, ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:

Μέρος 1: Συμπληρώστε το όνομα του παιδιού, το σχολείο και την τάξη.

Μέρος 2: Επιλέξτε το κατάλληλο πλαίσιο, εάν υπάρχει.

Μέρος 3: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 4: Ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες για να αναφέρετε το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού για τον προηγούμενο μήνα.

Στήλη 1–Όνομα: Συμπληρώστε το όνομα και το επίθετο όλων των ατόμων που ζουν στο νοικοκυριό σας, είτε πρόκειται για συγγενείς είτε όχι (λ.χ. παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι). Πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας. Εάν χρειάζεται, επισυνάψτε επιπρόσθετο φύλλο χαρτί.

Στήλη 2 –Ακαθάριστο εισόδημα προηγούμενου μήνα και συχνότητα καταβολής. Δίπλα από το όνομα κάθε ατόμου συμπληρώστε τον τύπο και τη συχνότητα καταβολής του εισοδήματος του προηγούμενου μήνα. Επί παραδείγματι, *Εισοδήματα από εργασία:* Συμπληρώστε το **ακαθάριστο εισόδημα** κάθε ατόμου που προέρχεται από εργασία. Δεν είναι το ίδιο με το καθαρό εισόδημα. **Το ακαθάριστο εισόδημα είναι το ποσό προ φόρων και λοιπών κρατήσεων.** Το ποσό αυτό θα πρέπει να αναγράφεται στο απόκομμα μισθοδοσίας, διαφορετικά συμβουλευτείτε τον εργοδότη σας. Δίπλα στο ποσό, συμπληρώστε τη συχνότητα καταβολής (σε εβδομαδιαία βάση, κάθε δεύτερη εβδομάδα, δύο φορές τον μήνα, σε μηνιαία βάση). *Λοιπά εισοδήματα:* Συμπληρώστε το ποσό που έλαβε κάθε άτομο χωριστά από την πρόνοια, τα επίδομα διατροφής παιδιών, διατροφή, (δεύτερη στήλη) επίδομα, σύνταξη, κοινωνική ασφάλιση (τρίτη στήλη), και ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΗ ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ (τέταρτη στήλη). Στη στήλη Λοιπά, συμπεριλαμβάνεται η εργατική αποζημίωση, το επίδομα ανεργίας και το απεργιακό επίδομα, το εισόδημα από επικουρική ασφάλιση (SSI), το επίδομα βετεράνου, το επίδομα αναπηρίας, οι τακτικές συνεισφορές από άτομα εκτός του νοικοκυριού σας και ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ. Αναφέρατε το καθαρό εισόδημα από ιδιόκτητες επιχειρήσεις, γεωργικές εκμεταλλεύσεις ή μισθώματα. Δίπλα στο ποσό, συμπληρώστε τη συχνότητα στην οποία λαμβάνεται από κάθε μέλος του νοικοκυριού. Εάν εντάσσετε στην πρωτοβουλία ιδιωτικοποίησης κατοικιών για στρατιωτικούς, μην συμπεριλαμβάνετε το επίδομα στέγασης.

Στήλη 3–Επιλέξτε εάν δεν υπάρχει εισόδημα: Σε περίπτωση παντελούς απουσίας εισοδήματος, επιλέξτε το πλαίσιο.

Μέρος 5: Το έντυπο πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού και πρέπει να συμπληρωθεί ο αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης του υπογραφόμενου μέλους. Εάν το υπογραφόμενο μέλος δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης, τότε επιλέξτε το πλαίσιο.

Μέρος 6: Απαντήστε κατά προαίρεση.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΔΩΡΕΩΝ ή ΣΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ

Μέρος 1. Παιδιά που φοιτούν στο σχολείο (χρησιμοποιήστε χωριστή αίτηση για κάθε υιοθετημένο παιδί)					
Όνομα παιδιών που φοιτούν στο σχολείο (Όνομα, επώνυμο)	Όνομα σχολείου	Τάξη	Αριθμός κουπονιών διατροφής ή ενίσχυσης TANF (εάν υπάρχει). Εάν συμπληρώσετε αριθμό κουπονιών διατροφής ή ενίσχυσης TANF παρακάμψτε το Μέρος 5.		
Μέρος 2. Εάν το παιδί για το οποίο υποβάλλετε την αίτηση είναι άστεγο, μετανάστης ή έχει εγκαταλείψει το σπίτι, επιλέξτε το κατάλληλο πλαίσιο και απευθυνθείτε στον αρμόδιο φορέα [στο σχολείο σας, στο γραφείο συνδέσμου για θέματα αστέγων, στον συντονιστή υποθέσεων μεταναστών στο τηλέφωνο #] Άστεγο <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Παιδί που έχει εγκαταλείψει το σπίτι <input type="checkbox"/>					
Μέρος 3. Υιοθετημένο παιδί					
Εάν η παρούσα αίτηση προορίζεται για παιδί που βρίσκεται υπό την επιμέλεια οργανισμού πρόνοιας ή δικαστηρίου, επιλέξτε αυτό το πλαίσιο <input type="checkbox"/> και συμπληρώστε το μηνιαίο εισόδημα για προσωπική χρήση του παιδιού: \$ _____.					
Προχωρήστε στο Μέρος 5.					
Μέρος 4. Συνολικό ακαθάριστο εισόδημα νοικοκυριού—Συμπληρώστε το ποσό και τη συχνότητα καταβολής					
1. Όνομα (Συμπληρώστε όλα τα μέλη του νοικοκυριού) <i>(Παράδειγμα)</i> <i>Jane Smith</i>	2. Ακαθάριστο εισόδημα και συχνότητα καταβολής <i>Παράδειγμα: \$100/μηνιαίως \$100/δύο φορές τον μήνα \$100/κάθε δεύτερη εβδομάδα \$100/εβδομαδιαίως</i>				3. Επιλέξτε εάν ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ εισόδημα
	Έσοδα από εργασία προ κρατήσεων	Πρόνοια, επίδομα διατροφής για παιδιά, διατροφή	Επιδόματα, σύνταξη, κοινωνική ασφάλιση	Λοιπά εισοδήματα	
	\$200/εβδομαδιαίως	\$150/εβδομαδιαίως	\$100/μηνιαίως	\$ _____ / _____	<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"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
Μέρος 5. Υπογραφή και αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης (Υπογράφει ενήλικο μέλος)					

Μία αίτηση ανά νοικοκυριό. Ισχύει από 1η Ιουλίου 2005.

Η αίτηση πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού. Εάν έχει συμπληρωθεί το Μέρος 4, ο υπογραφομένος ενήλικας πρέπει επίσης να συμπληρώσει τον αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης ή να επιλέξει το πλαίσιο «Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης». (Βλ. Δήλωση του Νόμου περί Προστασίας της Ιδιωτικής Ζωής στο πίσω μέρος της σελίδας.)

Βεβαιώνω (υπόσχομαι) ότι όλες οι πληροφορίες της παρούσας αίτησης είναι αληθείς και ότι έχουν δηλωθεί όλα τα εισοδήματα. Αποδέχομαι το γεγονός ότι το σχολείο θα λάβει κρατική επιχορήγηση βάσει των πληροφοριών που παρέχω. Αποδέχομαι το γεγονός ότι οι αρμόδιοι του σχολείου δύνανται να επαληθεύσουν (ελέγξουν) τις πληροφορίες. Αποδέχομαι το γεγονός ότι σε περίπτωση που σκοπίμως παρείχα ψευδείς πληροφορίες, τα παιδιά μου ενδέχεται να χάσουν το δικαίωμα διατροφής, ενώ δεν αποκλείεται να μου ασκηθεί ποινική δίωξη.

Υπογραφή: Χ _____ Ονοματεπώνυμο: _____ Ημερομηνία: _____

Διεύθυνση: _____ Τηλέφωνο: _____

Αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης: ____ - ____ - ____ Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης

Μέρος 6. Φυλετική και εθνική ταυτότητα των παιδιών (προαιρετικό)

Σημειώστε μία ή περισσότερες φυλετικές ταυτότητες:

Σημειώστε μία ή περισσότερες εθνικές ταυτότητες:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ασιατική | <input type="checkbox"/> Αμερικανικής Ινδιάνικης καταγωγής ή από την Αλάσκα | <input type="checkbox"/> Ισπανική ή λατινική |
| <input type="checkbox"/> Λευκή | <input type="checkbox"/> Καταγωγής από τη Χαβάη ή άλλο νησί του Ειρηνικού | <input type="checkbox"/> Μη ισπανική ή |
| λατινική | | |
| <input type="checkbox"/> Μαύρη ή αφροαμερικανική | <input type="checkbox"/> Άλλο | |

Μην συμπληρώνετε. Το μέρος αυτό προορίζεται για σχολική χρήση μόνο.

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: _____

Τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού σας εμπίπτει εντός των ορίων του χάρτη.

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ			
Για το σχολικό έτος _____			
Αριθμός μελών νοικοκυριού	Ετησίως	Μηνιαίως	Εβδομαδιαίως
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Για κάθε επιπρόσθετο μέλος:			

Δήλωση του Νόμου περί Προστασίας της Ιδιωτικής Ζωής: Εδώ διευκρινίζεται ο τρόπος με τον οποίο πρόκειται να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες που παρέχετε.

Οι πληροφορίες για την αίτηση απαιτούνται βάσει της εθνικής πράξης Richard B. Russell για τα σχολικά γεύματα. Δεν είστε υποχρεωμένοι να παρέχετε πληροφορίες. Σε τέτοια περίπτωση όμως, δεν δύναται να εγκριθεί χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για το παιδί σας. Το ενήλικο μέλος του νοικοκυριού που υπογράφει την αίτηση πρέπει να αναφέρει και τον αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Ο εν λόγω αριθμός δεν απαιτείται αν αναφέρεται όταν η αίτηση υποβάλλεται για λογαριασμό υιοθετημένων παιδιών ή σε περίπτωση που συμπληρώνεται αριθμός κουπονιών διατροφής, προγράμματος προσωρινής συνδρομής σε άπορες οικογένειες (TANF) ή προγράμματος διανομής τροφίμων σε ινδιάνικους καταυλισμούς (FDPIR) ή άλλος αναγνωριστικός κωδικός προγράμματος FDPIR για το παιδί σας, καθώς επίσης εάν δηλωθεί ότι το υπογραφόμενο την αίτηση μέλος του νοικοκυριού δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Οι πληροφορίες που παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν προκειμένου να αποφασιστεί εάν το παιδί σας δικαιούται σίτιση δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, καθώς και για τη χορήγηση και εφαρμογή προγραμμάτων παροχής μεσημεριανού και πρωινού γεύματος. Οι πληροφορίες που παρέχετε ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ να χρησιμοποιηθούν από υπεύθυνους προγραμμάτων εκπαίδευσης, υγείας και διατροφής προκειμένου οι τελευταίοι να μπορέσουν να αξιολογήσουν, να χρηματοδοτήσουν προγράμματα ή να προσδιορίσουν τα οφέλη των προγραμμάτων τους, από ελεγκτές αναθεωρήσεων προγραμμάτων και από φορείς επιβολής του νόμου, ώστε να καταστεί δυνατή η διερεύνηση ζητημάτων τυχόν παραβίασης των κανόνων των προγραμμάτων.

Δήλωση απαγόρευσης των διακρίσεων: Εδώ διευκρινίζονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι τύχατε άδικης μεταχείρισης. Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, απαγορεύεται στο ίδρυμα αυτό να κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, απευθυνθείτε με επιστολή στη διεύθυνση *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* ή τηλεφωνήστε στο 800-795-3272 ή 202-720-6382 (φωνητική κλήση και TTY). Το USDA είναι παροχέας υπηρεσιών και εργοδότης που σέβεται την αρχή των ίσων ευκαιριών.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ MEDICAID/SCHIP

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Εάν τα παιδιά σας λαμβάνουν σχολικά γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, ίσως δικαιούνται και ασφάλεια υγείας δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή μέσω του Medicaid ή του κρατικού προγράμματος ασφάλισης υγείας για παιδιά (SCHIP). Τα παιδιά που έχουν ασφάλεια υγείας χαίρουν τακτικής υγειονομικής περίθαλψης και έχουν λιγότερες πιθανότητες να απουσιάσουν από το σχολείο για λόγους ασθένειας.

Λόγω της σπουδαιότητας που έχει η ασφάλιση υγείας για την ευεξία των παιδιών, **ο νόμος μάς επιτρέπει να ενημερώσουμε τους φορείς Medicaid και SCHIP ότι τα παιδιά σας δικαιούνται τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, εκτός εάν διαφωνείτε.** Οι φορείς Medicaid και SCHIP χρησιμοποιούν τις πληροφορίες αυτές αποκλειστικά και μόνο με σκοπό να προσδιορίσουν ποια παιδιά πληρούν τις προϋποθέσεις οι οποίες ορίζονται από τα σχετικά προγράμματα. Οι αρμόδιοι για τα συγκεκριμένα προγράμματα μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί σας και να σας προτείνουν την εγγραφή των παιδιών σας (τα παιδιά σας δεν αποκτούν ασφάλιση υγείας με τη συμπλήρωση της αίτησης για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή).

Εάν δεν θέλετε να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες που παρέχετε στα Medicaid ή SCHIP, τότε συμπληρώστε και στείλτε μας το παρακάτω έντυπο (η αποστολή του συγκεκριμένου εντύπου δεν επηρεάζει τη χορήγηση ή τη μη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για τα παιδιά σας).

- Όχι! ΔΕΝ** επιθυμώ την κοινοποίηση, στη Medicaid ή στο κρατικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για παιδιά, των πληροφοριών που παρέχω στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

Εάν έχετε επιλέξει το πλαίσιο που λέει όχι, συμπληρώστε το παρακάτω έντυπο.

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: _____

Τυπωμένο ονοματεπώνυμο: _____ Διεύθυνση: _____

Για περισσότερες πληροφορίες, απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[name]** στο τηλέφωνο **[phone]**.

Επιστρέψτε το παρόν έντυπο στη διεύθυνση: [address] έως τις [date]

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΕ ΆΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Για εξοικονόμηση χρόνου και ενέργειας, οι πληροφορίες που παρέχετε στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή μπορεί να κοινοποιηθούν σε άλλα προγράμματα τα οποία ενδέχεται να δικαιούνται τα παιδιά σας. **Για την κοινοποίηση των πληροφοριών που παρέχετε στα ακόλουθα προγράμματα, χρειαζόμαστε την άδειά σας. Η συμπλήρωση του παρόντος έντυπου δεν επηρεάζει τη χορήγηση ή τη μη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για τα παιδιά σας.**

Όχι! **ΔΕΝ** επιθυμώ την κοινοποίηση σε κανένα πρόγραμμα των πληροφοριών που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

Ναι! Επιθυμώ οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **[name of program specific to your school]** τις πληροφορίες που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

Ναι! Επιθυμώ οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **[name of program specific to your school]** τις πληροφορίες που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

Ναι! Επιθυμώ οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **[name of program specific to your school]** τις πληροφορίες που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

Εάν επιλέξατε ναι σε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω πλαίσια, συμπληρώστε το έντυπο που ακολουθεί. Οι πληροφορίες που παρείχατε θα κοινοποιηθούν μόνο στα προγράμματα που επιλέξατε.

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: _____

Τυπωμένο ονοματεπώνυμο:

Διεύθυνση: _____

Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον αρμόδιο **[name]** στον αριθμό **[phone]**.

Επιστρέψτε το παρόν έντυπο στη διεύθυνση: [address] έως τις [date]

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ

Πρέπει να στείλετε τις απαιτούμενες πληροφορίες ή να επικοινωνήσετε με τον αρμόδιο [name] έως τις [date], διαφορετικά η χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή στα παιδιά σας θα διακοπεί.

Σχολείο: _____ Ημερομηνία: _____

Αγαπητέ/ Αγαπητή _____:

Ελέγχουμε την αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε χαμηλή τιμή που υποβάλατε. Η ενέργεια αυτή προβλέπεται από την ομοσπονδιακή νομοθεσία προκειμένου να διασφαλίζεται ότι γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή χορηγούνται μόνο σε άτομα που όντως το δικαιούνται. Πρέπει να μας στείλετε πληροφορίες που να αποδεικνύουν ότι οι [names of children] είναι δικαιούχοι. Συνιστάται να αποστείλετε αντίγραφα και όχι τα πρωτότυπα έγγραφα, εφόσον αυτό είναι δυνατόν. Εάν αποστείλετε τα πρωτότυπα, θα μπορούν να σας επιστραφούν μόνον κατόπιν σχετικής αίτησής σας.

1. Σε περίπτωση που λαμβάνετε κουπόνια διατροφής ή ενίσχυση TANF κατά την υποβολή της αίτησης για χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, ή αρχίσατε να λαμβάνετε τα προαναφερθέντα μετά την υποβολή της αίτησης, στείλτε μας αντίγραφο ενός εκ των παρακάτω εγγράφων:

- Βεβαίωση χορήγησης κουπονιών διατροφής ή ενίσχυσης TANF όπου φαίνονται οι ημερομηνίες του διαστήματος χορήγησης.
- Επιστολή από το γραφείο χορήγησης κουπονιών διατροφής ή το γραφείο πρόνοιας στην οποία να αναφέρεται ότι έχετε λάβει κουπόνια διατροφής ή ενίσχυση TANF.
- **Μην αποστείλετε την κάρτα ηλεκτρονικής μεταφοράς επιδομάτων (EBT) που διαθέτετε.**

2. Εάν έχετε λάβει την παρούσα επιστολή για λογαριασμό ενός άστεγου παιδιού, μετανάστη ή παιδιού που έχει εγκαταλείψει το σπίτι, απευθυνθείτε στον αρμόδιο φορέα [school, homeless liaison, or migrant coordinator] για βοήθεια.

3. Εάν πρόκειται για υιοθετημένο παιδί:

Απαιτείται η αποστολή επίσημων εγγράφων από τον οργανισμό που υποστηρίζει οικονομικά το παιδί.

4. Εάν δεν λαμβάνετε κουπόνια διατροφής ή ενίσχυση TANF για τα παιδιά σας:

A Συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης όλων των ενήλικων μελών του νοικοκυριού στον πίνακα που ακολουθεί.

Ονοματεπώνυμο	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (Βλ. Δήλωση του Νόμου περί προστασίας της Ιδιωτικής Ζωής, σελίδα 2)	Δεν υπάρχει αριθμός κοινωνικής ασφάλισης
_____	___ - ___ - ___ - ___ - ___ - ___	<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 Στείλτε την παρούσα σελίδα με τα έγγραφα που αποδεικνύουν το χρηματικό ποσό που συγκεντρώνει το νοικοκυριό σας από κάθε πηγή εισοδήματος.

Στα χαρτιά που αποστέλλετε πρέπει να φαίνεται το **ονοματεπώνυμο** του ατόμου που έλαβε το εισόδημα, την **ημερομηνία** κατά την οποία ελήφθη, το **ποσό** και τη **συχνότητα** με την οποία λαμβανόταν. **Αποστείλατε τις πληροφορίες στη διεύθυνση: [address].**

Αποδεκτά έγγραφα:

Εργασία: Απόκομμα μισθοδοσίας ή του φακέλου μισθοδοσίας όπου φαίνεται το ποσό και η συχνότητα καταβολής της πληρωμής, επιστολή εργοδότη όπου δηλώνονται τα ακαθάριστα ημερομίσθια και η συχνότητα καταβολής τους, ή έγγραφα επιχειρήσεων ή αγροτικών εκμεταλλεύσεων, όπως γενικό καθολικό ή φορολογικά βιβλία.

Κοινωνική ασφάλιση, επιδόματα ή συντάξεις: Επιστολή χορήγησης κοινωνικής ασφάλισης, σύνταξης ή επιδομάτων, δήλωση των λαμβανόμενων επιδομάτων ή βεβαίωση χορήγησης σύνταξης.

Ανεργία, αναπηρία ή εργατική αποζημίωση: Επιστολή επιλεξιμότητας από το γραφείο κοινωνικής ασφάλισης της Πολιτείας, απόκομμα επιταγής ή επιστολή από τον οργανισμό εργατικής αποζημίωσης.

Επιδόματα πρόνοιας: Επιστολή του οργανισμού πρόνοιας για τη χορήγηση επιδόματος.

Επίδομα διατροφής παιδιών ή διατροφή: Δικαστική απόφαση, συμφωνία ή αντίγραφο των επιταγών που έχουν ληφθεί.

Λοιπά εισοδήματα (όπως εισόδημα από εκμίσθωση): Στοιχεία που αποδεικνύουν το ύψος, τη συχνότητα και την ημερομηνία απόκτησης των εισοδημάτων.

Κανένα εισόδημα: Συνοπτική περιγραφή του τρόπου με τον οποίο εξασφαλίζετε τρόφιμα, ρούχα και στέγη για το νοικοκυριό σας, καθώς και μια εκτίμηση του αναμενόμενου χρόνου απόκτησης κάποιου εισοδήματος.

Πρωτοβουλία ιδιωτικοποίησης κατοικιών για στρατιωτικούς: Επιστολή ή μισθωτήριο συμβόλαιο που να αποδεικνύει ότι η κατοικία σας εντάσσεται στην Πρωτοβουλία ιδιωτικοποίησης κατοικιών για στρατιωτικούς.

Χρόνος υποβολής αποδεκτών εγγράφων τεκμηρίωσης του εισοδήματος: Υποβάλετε τα έγγραφα που αποδεικνύουν τα εισοδήματά σας κατά την περίοδο υποβολής της αίτησής σας για χορήγηση επιδομάτων. Εάν δεν διαθέτετε τα σχετικά στοιχεία, μπορείτε να υποβάλετε τα έγγραφα αυτά από τη στιγμή της υποβολής έως τον έλεγχο της αίτησης.

Για ερωτήματα ή άλλη βοήθεια, επικοινωνήστε με τον αρμόδιο **[name]** στο τηλέφωνο **[phone number]**. Η κλήση είναι δωρεάν. **[Toll free or reverse charge explanation]** **[Διευκρίνιση ατελούς κλήσης ή κλήσης με χρέωση του καλούμενου].**

Με τιμή,

[signature]

Δήλωση του Νόμου περί Προστασίας της Ιδιωτικής Ζωής: Εδώ διευκρινίζεται ο τρόπος με τον οποίο πρόκειται να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες που παρέχετε.

Οι πληροφορίες για την αίτηση απαιτούνται βάσει της εθνικής πράξης Richard B. Russell για τα σχολικά γεύματα. Δεν είστε υποχρεωμένοι να παρέχετε πληροφορίες. Σε τέτοια περίπτωση όμως, δεν μπορεί να εγκριθεί η χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για το παιδί σας. Το ενήλικο μέλος του νοικοκυριού που υπογράφει την αίτηση πρέπει να συμπεριλαμβάνει τον αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Ο εν λόγω αριθμός δεν είναι απαραίτητος όταν η αίτηση υποβάλλεται για λογαριασμό υιοθετημένων παιδιών ή σε περίπτωση που συμπληρώνεται αριθμός κουπονιών διατροφής, προγράμματος προσωρινής συνδρομής σε άπορες οικογένειες (TANF) ή προγράμματος διανομής τροφίμων σε ινδιάνικους καταυλισμούς (FDPIR) ή άλλος αναγνωριστικός κωδικός προγράμματος FDPIR για το παιδί σας, καθώς επίσης εάν δηλωθεί ότι το υπογραφόμενο την αίτηση μέλος του νοικοκυριού δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Οι πληροφορίες που παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν προκειμένου να αποφασιστεί εάν το παιδί σας δικαιούται σίτιση δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, καθώς και για τη χορήγηση και εφαρμογή προγραμμάτων παροχής μεσημεριανού και πρωινού γεύματος.

Δήλωση απαγόρευσης των διακρίσεων: Εδώ διευκρινίζονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι τύχατε άδικης μεταχείρισης. Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, απαγορεύεται στο ίδρυμα αυτό να κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, απευθυνθείτε με επιστολή στη διεύθυνση *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* ή τηλεφωνήστε στο 800-795-3272 ή 202-720-6382 (φωνητική κλήση και TTY). Το USDA είναι παροχέας υπηρεσιών και εργοδότης που σέβεται την αρχή των ίσων ευκαιριών.

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΘΗΚΕ

Σχολείο: _____ Ημερομηνία: _____

Αγαπητέ/Αγαπητή _____:

Έχοντας ελέγξει τις πληροφορίες που μας αποστείλατε για να αποδείξετε ότι ο/η/οι **[names of children]** δικαιούνται τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, αποφασίσαμε ότι:

- Το παιδί σας εξακολουθεί να είναι δικαιούχος του προγράμματος ως είχε.
- Από τις **[date]**, τα παιδιά σας **δεν θα δικαιούνται γεύματα σε μειωμένη τιμή, αλλά δωρεάν** διότι το εισόδημά σας εμπίπτει εντός των ορίων επιλεξιμότητας για χορήγηση δωρεάν γευμάτων. Τα παιδιά σας θα γευματίζουν δωρεάν.
- Από τις **[date]**, τα παιδιά σας **δεν θα δικαιούνται δωρεάν γεύματα, αλλά γεύματα σε μειωμένη τιμή** διότι το εισόδημά σας υπερβαίνει τα αντίστοιχα όρια. Τα γεύματα σε μειωμένη τιμή κοστίζουν **[\$]** για το μεσημεριανό και **[\$]** για το πρωινό.
- Από τις **[date]**, τα παιδιά σας **δεν θα δικαιούνται πλέον** χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για τους ακόλουθους λόγους:
 - ___ Σύμφωνα με τα στοιχεία δεν έχετε λάβει κουπόνια διατροφής ή ενίσχυση TANF.
 - ___ Σύμφωνα με τα στοιχεία τα παιδιά σας δεν είναι άστεγα, δεν έχουν εγκαταλείψει το σπίτι και δεν μετανάστες.
 - ___ Το εισόδημά σας υπερβαίνει το όριο χορήγησης γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
 - ___ Δεν έχετε παράσχει: _____
 - ___ Δεν απαντήσατε στο αίτημά μας.

Τα γεύματα κοστίζουν **[\$]** για το μεσημεριανό και **[\$]** για το πρωινό. Εάν το νοικοκυριό σας αποκτήσει νέα μέλη ή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού συρρικνωθεί, τότε μπορείτε να υποβάλετε εκ νέου αίτηση. Στην περίπτωση που υποβάλετε εκ νέου αίτηση, θα σας ζητηθεί να προσκομίσετε αποδείξεις επιλεξιμότητας, εφόσον δεν τις έχετε ήδη προσκομίσει.

Σε περίπτωση διαφωνίας με τη συγκεκριμένη απόφαση, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον αρμόδιο **[name]** στο τηλέφωνο **[phone]**. Δικαιούστε επίσης δίκαιη ακρόαση. Εάν ζητήσετε ακρόαση μέχρι την/τις **[date]**, θα εξακολουθούν να χορηγούνται στα παιδιά σας γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή μέχρι τη λήψη απόφασης από τον επιδιαιτητή της ακρόασης. Μπορείτε να αιτηθείτε ακρόασης τηλεφωνικώς ή με επιστολή: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Με τιμή,

[signature]

Δήλωση απαγόρευσης των διακρίσεων: Εδώ διευκρινίζονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι τύχατε άδικης μεταχείρισης. Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, απαγορεύεται στο ίδρυμα αυτό να κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, απευθυνθείτε με επιστολή στη διεύθυνση *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* ή τηλεφωνήστε στο 800-795-3272 ή 202-720-6382 (φωνητική κλήση και TTY). Το USDA είναι παροχέας υπηρεσιών και εργοδότης που σέβεται την αρχή των ίσων ευκαιριών.