

طلب الأسرة الحصول على وجبات مجانية وبأسعار مخفضة للعام الدراسي 2023-2024

منطقة بولمان التعليمية رقم 267

تقدّم بطلب عبر الإنترنت: [www.pullmanschools.org](http://www.pullmanschools.org) وصول الأسر من خلال منصة Skyward

أكمل هذا الطلب وقم بتوقيعه وإعادته إلى: خدمات التغذية (Nutrition Services) 510 NW Greyhound Way, Pullman, WA 99163 أو المقر الرئيسي للمدرسة التي يرتادها طفلك

ضع علامة هنا إذا كنت قد تلقيت مخصصات الوجبات في العام الماضي:

مُشرّد بلا مأوى  مهاجر

1. اذكر جميع الطلاب الذين يعيشون معك ويرتادون المدارس. إذا كان الطالب يعيش معك في إطار الكفالة والرعاية البديلة، أو يعاني من التشرد، أو كان مهاجرًا، فيُرجى الإشارة إلى ذلك بوضع علامة "x" في المربع المناسب. ويُرجى تضمين أي دخل شخصي يتلقاه الطالب ووضع علامة "x" في المربع الصحيح الخاص بعدد مرات حصوله عليه.

اسم الأخير للطالب(ة)	اسم الأول للطالب(ة)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	كاملة ورعاية	تاريخ الميلاد	المدرسة	الصف	دخل الطالب	أسبوعي	كل أسبوعين	مرتان شهريًا	شهري
			<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"/>
			<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"/>
			<input type="checkbox"/>			\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. إذا كان أي فرد من أفراد الأسرة (بما في ذلك أنت) يشارك حاليًا في واحد أو أكثر من برامج المساعدة التالية، فيُرجى كتابة رقم الحالة. إذا لم يكن هناك أي حالة في هذا الشأن، فانتقل إلى الخطوة الثالثة.

الطعام الأساسي  برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)  برنامج توزيع الغذاء في الأماكن المخصصة لإقامة الهنود الأمريكيين (FDPIR) رقم الحالة: \_\_\_\_\_

3. اذكر أسماء جميع أفراد الأسرة الآخرين - اذكر الدخل (بالدولار برقم صحيح) وقم بوضع علامة بجانب عدد مرات حصولك عليه. إذا كان هناك أحد أفراد الأسرة لا يحصل على دخل، فاكتب الرقم 0. إذا أدخلت الرقم 0 أو تركت الأماكن المخصصة لكتابة الدخل فارغة، فإن هذا يعني أنك تتعهد بعدم وجود أي دخل للإبلاغ عنه.

أسماء جميع أفراد الأسرة الآخرين (لا تشمل الطلاب المذكورين أعلاه)	كاملة ورعاية	الأرباح من العمل (قبل أي استقطاعات)	أسبوعي	كل أسبوعين	مرتان شهريًا	شهري	مساعدات حكومية/ نفقة أطفال/ نفقة زوجية	أسبوعي	كل أسبوعين	مرتان شهريًا	شهري	معاشات/مكافأة تقاعد/ دخل الضمان الاجتماعي (SSI)	أسبوعي	كل أسبوعين	مرتان شهريًا	شهري	أي دخل آخر غير مدرج بالفعل	أسبوعي	كل أسبوعين	مرتان شهريًا	شهري
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. إجمالي أفراد الأسرة (بما في ذلك جميع الأشخاص الذين يعيشون في منزلك):  آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص  ضع علامة هنا على هذا الاختيار إذا لم يكن هناك رقم ضمان اجتماعي:

5. معلومات التواصل والتوقيع - أكمل هذا الطلب وقم بتوقيعه وإعادته إلى:  بالاعمال الرئيسي أو أحد أفراد الأسرة الآخرين

أقر (أتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وأنه قد تم الإبلاغ عن جميع مصادر الدخل. أدرك أنه يتم تقديم هذه المعلومات فيما يتعلق باستلام الأموال الفيدرالية وأنه يجوز لمسؤولي المدرسة التأكد من (التحقق من) صحة المعلومات. أدرك أنه إذا قدمت معلومات كاذبة عن عمد، فقد يفقد أطفالي مخصصات الوجبات، وقد تتم محاكمتي بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها.

اسم فرد الأسرة البالغ مكتوب بأحرف واضحة

توقيع فرد الأسرة البالغ

عنوان البريد الإلكتروني

العنوان البريدي

المدينة، والولاية، والرمز البريدي

الهاتف المتاح للاتصال به خلال ساعات النهار التاريخ

6. الهوية العرقية والانتماء العرقي للأطفال (اختياري) - نحن مطالبون بطلب معلومات حول الهوية العرقية والانتماء العرقي لطفلك (أطفالك). تُعد هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من أننا نخدم مجتمعنا بشكل شامل ومتكامل. وتُعد الإجابة عن أسئلة هذا القسم أمراً اختياريًا ولا يؤثر في أهلية طفلك (أطفالك) للحصول على وجبات مجانية ومنخفضة السعر.

يُرجى تحديد واحدة أو أكثر من الهويات العرقية التالية:  هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين  آسيوي  من سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى  من أصل إسباني أو لاتيني  ليس من أصل إسباني أو لاتيني  أسود، أو أمريكي من أصل أفريقي  أبيض  أبيض

يشترط **Richard B. Russell National School Lunch Act** (قانون ريتشارد ب. راسل الوطني للغذاء المدرسي) تقديم المعلومات المطلوب تقديمها في هذا الطلب. لست ملزمًا بتقديم المعلومات، ولكن إذا لم تفعل بذلك، فلا يمكننا الموافقة على حصول طفلك على الوجبات المجانية أو منخفضة السعر. يجب عليك تضمين الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بفرد الأسرة البالغ الذي يقوم بالتوقيع على الطلب. لا يُشترط ذكر الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي عند تقديم طلب بالنيابة عن طفل تتم رعايته بنظام الكفالة والرعاية البديلة، أو عند ذكر رقم الحالة الخاص ببرنامح المساعدات الغذائية التكميلية (الأغذية الأساسية)، أو برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو برنامج توزيع الغذاء في الأماكن المخصصة لإقامة الهنود الأمريكيين (FDPIR)، أو عند ذكر رقم التعريف الآخر الخاص ببرنامح FDPPIR الخاص بطفلك، أو عندما تشير إلى أن فرد الأسرة البالغ الذي يوقع الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. نستخدم المعلومات الخاصة بك لتحديد ما إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على الوجبات المجانية أو منخفضة السعر، وإدارة برامج الغذاء والإفطار وتنفيذها. يجوز لنا مشاركة المعلومات الخاصة بتحديد مدى أهليتك مع برامج التعليم، والصحة، والتغذية لمساعدتهم على تقييم مخصصات برامجهم، أو تمويلها، أو اتخاذ قرارات بشأنها، ومع ممثلي مراجعات البرامج، ومع مسؤولي إنفاذ القوانين لمساعدتهم على النظر في انتهاكات قواعد البرامج. وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي)، أو الإعاقة، أو العمر، أو التعرض لأعمال الشار أو الانتقام بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية.

يمكن أن يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة، الذين يحتاجون إلى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، الطباعة بأحرف كبيرة، التسجيلات الصوتية، لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالولاية أو الوكالة المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو بمرکز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على الرقم 720-2600 (202) (اتصال هاتفي وهاتف نصي)، أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800).

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على صاحب الشكوى استكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى بشأن التمييز في برامج وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت من خلال الدخول على الرابط التالي: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>، أو من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، أو عن طريق الاتصال بالرقم 632-9992 (866)، أو عن طريق إرسال خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA). يجب أن يحتوي الخطاب على اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفاً مكتوباً للإجراء التمييزي المزعم بتفاصيل كافية لإبلاغ مساعد الوزير لشؤون الحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ وقوع الانتهاك المزعم للحقوق المدنية. يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق:

البريد العادي:

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410 أو

الفاكس: 256-1665 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو

البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

توفر منطقة بولمان التعليمية فرصاً تعليمية متساوية ومعاملة متساوية لجميع الطلاب في جميع جوانب البرامج الأكاديمية وبرامج الأنشطة بغض النظر عن العرق، أو الدين، أو العقيدة، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو حالة المحاربين القدامى المتقاعدين بشرف أو الحالة العسكرية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي (بما في ذلك الهوية الجنسية أو التعبير عنها)، أو الحالة الاجتماعية، أو المعاناة من أي إعاقة حسية أو عقلية أو جسدية، أو المشاركة في الكشافة الأمريكية، أو استخدام شخص ذي إعاقة كلب مُدرَّب أو أحد حيوانات الخدمة كمرشد. توفر المنطقة التعليمية إمكانية الوصول المتساوي إلى المرافق المدرسية لأعضاء الكشافة الأمريكية وجميع مجموعات الشباب الأخرى المدرجة في الباب 36 من قانون الولايات المتحدة كجمعية وطنية. ستكون برامج المنطقة التعليمية خالية من التحرش الجنسي. تم تعيين الموظفين التالي ذكرهم للتعامل مع الأسئلة والشكاوى المتعلقة بحوادث التمييز المزعومة: منسق الحقوق المدنية، ومنسق شؤون الباب التاسع، ومساعد المشرف العام، 332-3144 (509)، ومنسق شؤون القسم 504، ومدير الخدمات الخاصة، 332-3144 (509). 240 SE Dexter Street, Pullman, WA 99163. يمكن لمقدمي الطلبات من ذوي الإعاقة طلب توفير تسهيلات معقولة في عملية تقديم الطلبات عن طريق الاتصال بمنسق شؤون الموظفين على الرقم 332-3584 (509).

LEA APPROVAL:  Basic Food/TANF/FDPIR/Foster  Income Household Total Household Size \_\_\_\_\_ Weekly \_\_\_\_\_ Bi-Weekly \_\_\_\_\_ 2x per Month \_\_\_\_\_ Monthly \_\_\_\_\_ Annual \_\_\_\_\_ Total Household Income \$ \_\_\_\_\_  APPLICATION APPROVED FOR:  Free Meals  Reduced-Price Meals APPLICATION DENIED BECAUSE:  Income Over Allowed Amount  Other: \_\_\_\_\_  Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date