

2023-24 学年免费和减价校餐家庭申请表

#267 Pullman 学区

在线申请: www.pullmanschools.org Skyward Family Access

填写、签署并返回该申请表至: Nutrition Services 510 NW Greyhound Way, Pullman, WA 99163 或您孩子的学校办公室

如果您去年享受了校餐福利, 请勾选此处:

无家可归

移民

1. 列出与您住在一起的所有在校学生。如果学生是寄养儿童、无家可归者或移民, 请在对应的方框中打“x”。包括学生收到的任何个人收入, 并在正确的方框中打“x”以说明收到的频率。

学生姓氏	学生名字	中间名缩写	寄养	出生日期	学校	年级	学生收入	每周	每两周	每月两次	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"/>	<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. 如果任何家庭成员 (包括您自己) 目前参与以下一项或多项援助计划, 请写入个案号码。若非如此, 请跳至第 3 步。

基本食品补助

TANF

印第安保留地食品分配计划(FDPIR)

个案编号: _____

3. 列出所有其他家庭成员的姓名 - 输入收入 (以整美元计) 并勾选收到收入的频率。如果家庭成员没有收到收入, 请写“0”。如果您输入“0”或将收入部分留空, 表示您承诺没有要报告的收入。

所有其他家庭成员的姓名 (不要包括上列学生)	寄养	工作收入 (任何扣款之前)	收入频率				公共援助/ 儿童赡养费/ 抚养费	收入频率				养老金/退休金 /社会保险金 (SSI)	收入频率				其他未列出的 收入	收入频率			
			每周	每两周	每月两次	每月		每周	每两周	每月两次	每月		每周	每两周	每月两次	每月		每周	每两周	每月两次	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"/>	<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"/>	<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. 家庭总人数 (包括在您的家庭中居住的所有人员):

主要工薪成员或其他家庭成员

如果没有 SSN, 请勾选方框:

(列明的总人数必须等于上方所列的家庭成员人数)

的社会保障号 (SSN) 的最后四位数字

5. 联系信息和签名——填写、签署并返回该申请表至:

本人证明 (承诺) 该申请表上的所有信息均为真实, 并报告了所有收入。本人理解, 这些信息与收到的联邦资金有关, 学校官员可核实 (检查) 这些信息。本人知道, 如果本人故意提供虚假信息, 本人子女可能会失去校餐福利, 且本人可能会根据适用的州和联邦法律受到起诉。

成年家庭成员正楷姓名

成年家庭成员签名

电子邮件地址

邮寄地址

城市、州和邮政编码

日间联系电话

日期

6. 儿童的种族和民族身份（可选）——我们需要询问您孩子的种族和民族信息。这些信息非常重要，有助于确保我们为社区提供完善的服务。本节问题可自愿回答，不会影响您孩子享受免费和减价校餐的资格。

标记一个或多个种族身份:

- 美洲印地安人或阿拉斯加原住民
- 黑人或非洲裔美国人
- 白人

- 亚洲人
- 夏威夷原住民或其他太平洋群岛居民

标记一个民族身份:

- 西班牙裔或拉美裔
- 不是西班牙裔或拉美裔

《Richard B. Russell 国家学校午餐法案》要求提供该申请表上的信息。您并非必须提供该信息，但是如果您未提供，我们将不能批准您的孩子享受免费或减价校餐。您必须包括签署申请表的成年家庭成员的社保号的后四位数字。当您代表寄养儿童申请，或当您列出补充营养援助计划（基本食品补助）、贫困家庭临时援助(TANF)计划或印第安保留地食品分配计划(FDPIR)个案号码或您孩子的其他 FDPIR 身份识别号码，或当您表明签署申请的成年家庭成员没有社保号时，不需要提供社保号的后四位数字。我们将使用您的信息来确定您的孩子是否有资格享受免费或减价校餐，以及午餐和早餐计划的管理和实施。我们可能会与教育、健康和营养计划分享您的资格信息，以帮助他们评估、资助或确定其计划福利，以及与负责计划审查的审计人员和执法官员分享您的资格信息，以帮助他们调查违反计划规则的行为。

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)的民权法规和政策，本机构不得基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾、年龄实施歧视或因之前进行民权活动而采取打击或报复。

可能以除英语之外的语言提供计划信息。残障人士如需通过其他通讯方式获取计划信息（如盲文、大字体版本、录音带、美国手语），请致电：(202) 720-2600（语音和 TTY）与负责管理该计划的州或地方机构或 USDA 的 TARGET 中心联系，或通过联邦中继服务(800)877-8339 与 USDA 联系。

想提交计划歧视投诉，投诉人应填写 USDA 计划歧视投诉表——AD-3027，请从以下地址在线获取该表格：<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>，或者通过任何 USDA 办公室、致电(866) 632-9992 或寄信至 USDA 索取该表。信函中必须包含投诉人的姓名、地址、电话号码以及对声称歧视行为的书面描述，以将声称的侵犯民权行为的性质和日期充分详细地告知民权事务助理秘书(ASCR)。填妥的 AD-3027 表格或信件必须通过以下方式提交给 USDA：

邮寄：

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

传真：(833) 256-1665 或(202) 690-7442;或

电子邮件：program.intake@usda.gov

Pullman学区董事会和Pullman学区应在学术和活动计划的各个方面为所有学生提供平等的教育机会和待遇，而不考虑种族、宗教、信仰、肤色、国籍、年龄、光荣退伍的退伍军人或军人身份、性别、性取向（包括性别表达或认同）、婚姻状况、任何感官、精神或身体残疾、参加美国童子军或残障人士使用训练有素的导盲犬或为人类服务的动物。学区将为美国童子军及《美国法典》第 36 条中所列的作为爱国社团的所有其他指定青年团体提供平等使用学校设施的机会。学区计划将没有性骚扰行为。已指定以下员工处理涉嫌歧视的问题和投诉：民权协调员和第 IX 条协调员，助理学区总监，(509) 332-3144，第 504 款协调员，特别服务处处长，(509) 332-3144。240 SE Dexter Street, Pullman, WA 99163。残疾申请人可通过拨打(509) 332-3584联系人事协调员，在申请过程中申请合理的住宿。

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

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date