

وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار

إلى ولي الأمر/ الوصي القانوني:

تقدم مدارس سينسيناتي وجبات الطعام يوميًا. ويمكن للأطفال شراء وجبة الغذاء مقابل 1.75 دولار في مدارس التعليم الأساسي و2 دولار في المدارس الثانوية. ويحصل طلاب مدارس التعليم الأساسي على وجبة الإفطار بالمجان، بينما يمكن لطلاب المدارس الثانوية شراء وجبة الإفطار مقابل 0.45 دولار. ويمكن للأطفال الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار. وهذه الأسعار المخفضة هي 0.40 مقابل وجبة الغذاء و0.30 مقابل وجبة الإفطار. ويجب أن تلتزم كل الوجبات المقدمة بأنماط محددة من قبل إدارة الزراعة الأمريكية. إلا أنه في حالة قيام الطبيب بتحديد إصابة أحد الأطفال بإعاقة وكانت تلك الإعاقة تحول دون تناوله للوجبات المدرسية المعتادة، فإن مدرسته سوف تقدم أي بدائل يوصي بها الطبيب. وعند الحاجة لبديل، لن يتم حساب تكلفة إضافية للوجبة. وإذا كنت تعتقد أن طفلك يحتاج إلى بدائل بسبب إعاقة ما، فيرجى الاتصال بإدارة الخدمات الغذائية للتعرف على مزيد من المعلومات.

إذا كنت تحصل لطفلك في الوقت الحالي على S.N.A.P. (برنامج المساعدة الغذائية التكميلية) والذي كان يعرف بما سبق بـكوبونات الطعام أو OWF، فيمكن لطفلك الحصول على وجبات مجانية. وإذا كان دخل أسرته الإجمالي يعادل أو يقل عن المبالغ الموضحة في جدول الدخل فيما يلي، فيمكن لطفلك كذلك الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار. وقد يحق للطفل المتبنى بشكل مؤقت الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار بغض النظر عن دخل أسرته.

برنامج Healthy Start & Healthy Families: قد يحق لطفلك الحصول على برنامج تأمين صحي جديد للأطفال.

وقد يحق للأطفال الأسر المشاركين في برنامج WIC الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار. يرجى إكمال نموذج طلب.

للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار لطفلك، يتعين عليك إكمال الطلب وإعادته للمدرسة، ولا يمكننا الموافقة على طلب غير كامل.

▼ تعليمات التقدم بالطلب:

اتباع التعليمات التالية للتقدم بطلب الحصول على وجبات مجانية ومخفضة الأسعار لأفراد أسرته. قم بالتوقيع على الطلب وإعادته للمدرسة. يرجى إكمال طلب منفصل لكل طفل متبنى بشكل مؤقت. إذا احتجت للمساعدة، اتصل بإدارة الخدمات الغذائية على رقم 363-0800.

▼ الجزء رقم 1- بيانات الطالب:

على جميع الأسر إكمال هذا الجزء.

(أ) مستخدمًا حروف الطباعة، اكتب اسم الطفل (أسماء الأطفال) الذين تتقدم بالطلب له (لهم).

(ب) اذكر الصف الدراسي، المدرسة، الخ (مطلوب منك فقط إكمال اسم الطفل. أما باقي البيانات فهي للاستخدام الداخلي لتحديد أرقام تحديد هوية الطفل).

▼ الجزء رقم 2 - الأسر التي تحصل على كوبونات الطعام أو OWF:

قم بإكمال هذا الجزء رقم 6

(أ) اذكر الرقم الحالي لكوبونات الطعام (S.N.A.P.) أو OWF الخاص بكل طفل.

(ب) قم بالتوقيع على النموذج في الجزء رقم 5. ويجب على فرد بالغ من الأسرة القيام بالتوقيع.

▼ الجزء رقم 3 - إذا كان الطفل الذي تتقدم بالطلب له مشردًا أو مهاجرًا أو هاربا من

أسرته، ضع علامة اختيار على المربع المناسب واتصل بـProject Connect على رقم 3300-3633 إذا كان لديك المزيد من الاستفسارات.

▼ الجزء رقم 4 - الأسر التي بها طفل متبنى بشكل مؤقت:

قم بإكمال هذا الجزء والجزء رقم 6. تقع مسؤولية الطفل المتبنى بشكل مؤقت

على هيئة التكافل الاجتماعي أو المحكمة.

(أ) ضع بذكر الدخل الشهري للطفل المخصص "للاستخدام الشخصي". اكتب "0" في حالة عدم حصول الطفل على أي دخل "للاستخدام الشخصي". قم بتخطي

الجزء رقم 5. لا تقم بذكر أي أطفال آخرين، أو أفراد الأسرة، أو الدخل.

(ب) يجب على ولي الأمر بالتبني المؤقت أو أي مسئول آخر يمثل الطفل توقيع الجزء رقم 6 من الطلب.

ودخل الاستخدام الشخصي** هو (أ) أموال يتم تقديمها من قبل مكتب التكافل الاجتماعي يتم تحديده على أنه لاستخدام الطفل الشخصي، مثل الملابس، ومصاريف المدرسة، والمصروف، و(ب) جميع الأموال الأخرى التي تلقاها الطالب، مثل الأموال التي يحصل عليها من أسرته أو من عمل الطفل لدوام كامل أو نصف دوام بشكل منتظم.

▼ الجزء رقم 5- جميع الأسر الأخرى:

قم بإكمال هذا الجزء والجزء رقم 6.

(أ) اكتب أسماء جميع أفراد أسرته، سواء كانوا يحصلون على دخل أم لا، بما في ذلك أنت والطفل (أو الأطفال) الذين تتقدم بالطلب لهم، وزوجك/زوجتك، والجدود، والأشخاص الآخرين المقيمين في منزل الأسرة، واستخدم ورقة أخرى إذا احتجت لمساحة أكبر.

(ب) اكتب قيمة الدخل الذي حصل عليه كل فرد من أفراد الأسرة خلال الشهر الماضي، قبل اقتطاع الضرائب أو أي شيء آخر منه، ومصدر ذلك الدخل، مثل كسب اليد، أو التكافل الاجتماعي، أو المعاشات، أو دخل آخر. أما إذا كان المبلغ الذي تم الحصول عليه خلال الشهر الماضي أقل أو أكثر من المعتاد، فاكتب الدخل الشهري المعتاد لهذا الشخص.

(ت) يجب قيام شخص بالغ من الأسرة بتوقيع الطلب وذكر رقم الضمان الاجتماعي الخاص به في الجزء رقم 5.

الدخل الذي يجب الإبلاغ عنه

الكسب من العمل

- الأجرور/الرواتب/البقيشيش
- مدفوعات الإضرابات
- إعانة البطالة
- إعانة العمال
- صافي الدخل من الملكية الخاصة لمشروع أو مزرعة

التكافل الاجتماعي/نفقة/طفل/نفقة زوجية

- مدفوعات الإعانة العامة
 - مدفوعات التكافل الاجتماعي
 - مدفوعات نفقة الطفل/النفقة الزوجية
- ##### دخل آخر
- إعانات إعاقة
 - أموال يتم سحبها من المدخرات
 - فوائد/أرباح
 - دخل من عقارات/ودائع/استثمارات
 - مساهمات منتظمة من أشخاص غير مقيمين في منزل الأسرة
 - صافي مستحقات/دخل سنوي/صافي دخل إيجار
 - أي دخل آخر

المعاشات/رواتب تقاعدية/الضمان الاجتماعي

- المعاشات
- دخل الضمان الاجتماعي الإضافي
- الدخل التقاعدي
- مدفوعات المحاربين القدامى
- الضمان الاجتماعي

▼ الجزء رقم 6- التوقيع ورقم الضمان الاجتماعي:

على جميع الأسر إكمال هذا الجزء.

(أ) يجب أن تضم جميع الطلبات توقيع شخص بالغ من أفراد الأسرة المقيمين بالمنزل.

يجب أن يحتوي الطلب على رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالشخص البالغ الموقع. وإذا لم يكن لدى هذا الشخص البالغ رقم ضمان اجتماعي، قم بوضع علامة اختيار على المربع للإشارة إلى أن الشخص البالغ ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. إذا قمت بذكر رقم S.N.A.P. (كوبونات الطعام) أو رقم (OWF) لكل طفل، أو إذا كنت تقوم بالطلب من أجل طفل متبنى بكل مؤقت، فلن يكون رقم الضمان مطلوبًا.

بيان عدم التفرقة. يوضح لك هذا البيان ما الذي يجب أن تقوم به إذا ظننت أنك قد تعرضت لمعاملة محيطة. وفقًا للقانون الفدرالي وسياسة إدارة الزراعة الأمريكية، يحظر على هذا المؤسسة التفرقة على أساس العرق أو اللون أو الجنس أو السن أو الإعاقة. لرفع شكوى بالتفرقة، قم بالكتابة إلى إدارة الزراعة الأمريكية على العنوان التالي: اتصل برقم 202-720-5964 أو 800-759-3272 (اتصال صوتي-جهاز اتصال المعاقين سمعيًا). إدارة الزراعة الأمريكية تقدم فرص وظيفية متساوية. USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 أو اتصل برقم

▼ الجزء رقم 7- التشارك مع البرامج الأخرى في البيانات:

لتوفير الجهد والوقت، قد يتم التشارك في البيانات التي تقوم بتقديمها في طلب الوجبات المدرسية المجانية أو مخفضة الأسعار مع البرامج الأخرى التي قد يكون أطفالك مؤهلين للحصول عليها. ويتعين علينا الحصول على موافقتك للتشارك في البيانات الخاصة بك. فإذا كنت ترغب في أن تقوم بإشراك الاختبارات والبرامج والتمنح والهيئات المذكورة في الطلب، فيرجى وضع علامة اختيار عند مربع (YES) في الجزء رقم 7. وإذا لم ترغب في أن تقوم بالتشارك في بياناتك، فيرجى تركه خاليًا.

▼ الجزء رقم 8- التشارك في البيانات مع Healthy Start, /Medicaid وHealthy Families

إن التأمين صحي هام جدًا لسلامة الأطفال، ويتيح لنا القانون إخبار Medicaid و Healthy Families Start, Healthy Families أن أطفالك يحق لهم الحصول على الوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار، إلا في حالة إخطارك لنا بالأمر بذلك. فإذا لم تكن ترغب في أن تقوم بإشراك Medicaid و Healthy Families Start, Healthy Families في بياناتك، يرجى وضع علامة اختيار على مربع (NO) في الجزء رقم 8.

جدول الدخل

عدد أفراد الأسرة	الدخل السنوي	الدخل الشهري	الدخل الأسبوعي
1	20,036	1,670	386
2	26,955	2,247	519
3	33,874	2,823	652
4	40,793	3,400	785
5	47,712	3,976	918
6	54,631	4,553	1,051
7	61,550	5,130	1,184
8	68,469	5,706	1,317
لكل شخص إضافي قم بإضافة	+6,919	+577	+134

▼ الجزء رقم 9- الهوية العرقية/الإثنية:

لست ملزمًا بالإجابة على هذا السؤال للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار. ويهدف إكمال هذه البيانات إلى التأكد من التعامل مع الجميع بشكل عادل.

▼ التحقق: قد يتم فحص أحييتك في أي وقت أثناء العام الدراسي. وقد يطلب مسئولو

المدرسة إرسال أوراق توضح أنه يجب أن يحصل لطفلك على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار.

▼ جلسة استماع منصفية: بإمكانك التحدث مع مسئول المدرة إذا لم توافق على قرار

المدرسة إزاء طلبك أو على نتائج التحقق. وبإمكانك كذلك، طلب جلة استماع منصفية. ويوسعك القيام بهذا عن طريق الاتصال أو الكتابة إلى:

363-0800 Ms. Kelly, 2315 Iowa Avenue, Cincinnati, Ohio 45206 هاتف:

▼ **السرية:** سيستخدم مسئولو المدرسة البيانات فقط لتحديد إذا ما كان يجب أن يحصل لطفلك على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار.

▼ إعادة تقديم الطلب: بإمكانك التقدم بطلب الحصول على الوجبات في أي وقت خلال

العام الدراسي. فإذا لم يحق لك الحصول عليها الآن ولكن طرأ تغيير مثل نقص في دخل الأسرة، أو زيادة في عدد أفرادها، أو أصبحت عاطلًا عن العمل، أو حصلت على S.N.A.P. (كوبونات الطعام) أو (OWF)، قم بإكمال الطلب.

▼ الإخطار بالأحقية: سنقوم بإخطارك إذا ما تم قبول الطلب الخاص بك أو رفضه.

مدارس سينسيناتي العامة
طلب الحصول على وجبات مجانية وبأسعار مخفضة
العام الدراسي 2009-2010
ساري حتى 30 سبتمبر 2010



للتقدم بطلب الحصول على وجبات مجانية وبأسعار مخفضة، يرجى إكمال هذا الطلب وتوقيعه وإعادته إلى المدرسة. قم بإكمال نموذج منفصل لكل طفل تقوم بتقديم تبني مؤقت له. اتصل بالخدمات الغذائية إذا احتجت إلى مساعدة. عليك إكمال نموذج واحد فقط لكل أسرة.

▼ 1. Student Information: Print

1. بيانات الطالب: استخدم أحرف الطباعة

2. *S.N.A.P. (Food Stamp) or OWF case number: List each child. Do not use Medicaid #. Please list 10-digit number.
رقم الحالة الخاص بكوبون الطعام (S.N.A.P.) أو OWF: اذكر رقم كل طفل. ولا تستخدم رقم برنامج Medicaid. يرجى ذكر الرقم المكون من 10 خانات.

Names of All Children In School أسماء جميع الأبناء المدرسة-	ID# (School Use ONLY) (لاستخدام المدرسة فقط)	رقم تعريف الهوية	Date of Birth تاريخ الميلاد	HR حجرة الدراسة	Grade الصف الدراسي	Name of School	اسم المدرسة
							□□□□ □□□□ □□□□
							□□□□ □□□□ □□□□
							□□□□ □□□□ □□□□
							□□□□ □□□□ □□□□
							□□□□ □□□□ □□□□
							□□□□ □□□□ □□□□

▼ 3. If the child you are applying for is homeless, migrant, or a runaway check the appropriate box and call Project Connect at 363-3300. Homeless Migrant Runaway
إذا كان الطفل الذي تقوم بتقديم الطلب له مشرد أو مهاجر أو هارب من أهله، ضع علامة على المربع المناسب واتصل بـ Project Connect على رقم 363-3300
الاتصال بـ Project Connect ضروري لإكمال هذا الطلب / Calling Project Connect is not required to complete this application

▼ 4. Foster Child: Check here if the child is a foster child. *List the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no personal use income. \$ _____
*اذكر الدخل الشهري للاستخدام الخاص للطفل. اكتب "0" إذا لم يكن للطفل أي دخل للاستخدام الخاص.
طفل متبنى بشكل مؤقت. ضع علامة هنا إذا كان الطفل متبنى بشكل مؤقت

▼ 5. Household Members and Monthly Income: / الدخل الشهري وعدد أفراد الأسرة:

Yearly Income Conversion:	Weekly x 52 الشهري × 52	Every 2 weeks x 26 مرتان شهرياً × 26	Twice a month x 24 كل أسبوعين × 24	Monthly x 12 الأسبوعي × 12	التحويل للدخل السنوي:
Names of All Household Members (List everyone in household) أسماء جميع أفراد الأسرة المقيمين بالمنزل (اذكر جميع الأفراد الموجودين في الأسرة)	Gross Monthly Earnings (Before Deductions) إجمالي الدخول الشهرية (قبل الخصومات)	Welfare Payments, Child Support, Alimony مبالغ من تكافل خيري، نفقة طفل، نفقة زوجية	Monthly Payments from Pensions, Retirement, Social Security مبالغ شهرية من المعاشات، التقاعد، أو الضمان الاجتماعي	Any Other Monthly Income أي دخل شهري آخر	Check If No Income ضع علامة في حالة عدم وجود دخل
	Job 1 الوظيفة الأولى	Job 2 الوظيفة الثانية			□
					□
					□
					□
					□



- ▼ **6. Signature and Social Security Number:** I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported or S.N.A.P.(Food Stamp)/OWF numbers are accurate. I understand that school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted.
- التوقيع ورقم الضمان الاجتماعي:** إنني أقر (أتعهد) بأن جميع البيانات الواردة في هذا الطلب حقيقية وأن جميع الدخول المذكورة وأرقام كوبونات الطعام OWF/(S.N.A.P) دقيقة. إنني أدرك أن مسؤولي المدرسة قد يقومون بالتحقق من (مراجعة) البيانات. وإنني أعني أنه في حالة تمدي تقديم بيانات غير صحيحة، فإن أطفالتي قد يفقدون الحق في مزايا الوجبات، وقد أتعرض للملاحقة القضائية.

X _____

Signature of Adult Household Member (Required)
توقيع شخص بالغ من الأسرة (إجباري)

X _____

Social Security Number *(see reserve side) I do not have a social security number.
رقم الضمان الاجتماعي *(انظر الجهة الأخرى) ليس لدي رقم تأمين اجتماعي

Printed Name _____ Home Telephone No. _____ Work Telephone No. _____
الاسم بأحرف الطباعة رقم هاتف المنزل رقم هاتف العمل

Street / Apt. No. _____ City / State / Zip _____ Date _____
الشارع / رقم الشقة المدينة / الولاية / الرقم البريدي التاريخ

- ▼ **7. Other Benefits:** You do not have to complete this part to get free or reduced price school meals.
مزايا أخرى: لست ملزمًا بإكمال هذا الجزء للحصول على وجبات مدرسية مجانية أو مخفضة الأسعار.
- Sharing information with other programs**
التشارك في البيانات مع برامج أخرى

Yes! I DO want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application for following tests, programs and/or Grants: Cincy After School, SAT, ACT, PSAT, ACT Plan, Advanced Placement College Board tests, Upward Bound, GEAR Up, No Child Left Behind, Ed. Talent Search Programs and the Wm Woodward and Rebecca Friday Trust.

نعم أرغب في قيام مسؤولي المدرسة مع الاختبارات، والبرامج و/أو المنح التالية في الإطلاع على البيانات الواردة في طلبات الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار: Cincy After School، SAT، ACT، PSAT، ACT Plan، اختبارات مجلس الكليات للإلحاق المتقدم (Advanced Placement)، GEAR Up، Upward Bound، Ed، Behind، برامج البحث عن المواهب (Talent Search Programs)، و Wm Woodward and Rebecca Friday Trust

X _____
Signature of Parent/Guardian (Required if "Yes" is checked) Date التاريخ
توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني (مطلوب في حالة وضع علامة اختيار عند "YES")

*S.N.A.P.—Supplemental Nutrition Assistance Program formerly known as "Food Stamps"
S.N.A.P. — هو برنامج المساعدة الغذائية الإضافية والذي كان يعرف فيما سبق بـ"كوبونات الطعام"

- ▼ **9. Race:** You are not required to answer this question to get free or reduced price meals. Completion of this information makes sure that everyone is treated fairly.
العرق: إنك لست مطالبًا بالإجابة عن هذا السؤال للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار. يهدف إكمال هذه البيانات للتأكد من حصول الجميع على معاملة عادلة.

White أبيض Black or African American أمريكي أسود أو من أصل أفريقي Hispanic or Latino إسباني أو لاتيني Not Hispanic or Latino غير إسباني أو لاتيني Asian آسيوي American Indian/Alaskan Native من هنود أمريكا / من سكان ألاسكا الأصليين

Native American/Pacific Islander من السكان الأصليين/من جزر المحيط الهادي Other غير ذلك

بيان قانون الخصوصية: يوضح هذا الجزء كيف سنستخدم البيانات التي تقدمها لنا. إن قانون ريتشارد بي راسل للغذاء المدرسي يتطلب البيانات الواردة في هذا الطلب. إنك لست مجبرًا على تقديم هذه البيانات ولكن إن لم تفعل فلن يتسنى لنا الموافقة على منح أبنائك وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار. ويتعين عليك تضمين رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالفرد البالغ من الأسرة الذي يقوم بتوقيع هذا الطلب. ولا يكون رقم الضمان الاجتماعي مطلوبًا عند التقدم بالطلب لطفل متبني بشكل مؤقت أو عند ذكر رقم حالة طفلك الخاص ببرنامج S.N.A.P. (برنامج كوبونات الطعام)، أو برنامج (OWF) أو هايو تعمل أولاً أو عند الإشارة إلى أن الشخص البالغ من الأسرة الذي قام بتوقيع الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. وسنقوم باستخدام بياناتك لتحديد أهلية طفلك في الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر، ولتطبيق وتنفيذ برامج الغذاء والإفطار. وقد نقوم بإطلاع برامج التعليم والصحة والتغذية على حالة الأهلية الخاص بك ومساعدتهم على تقييم وتمويل وتحديد مزايا برامجهم، وكذلك مدققي مراجعات برامجهم، ومسؤولي تنفيذ القوانين لمساعدتهم على النظر في انتهاكات قواعد برامجهم.

For School Use Only ▾ Do Not Write Below this Line

لاستخدام المدرسة فقط ▾ لا تكتب تحت هذا الخط

Yearly Income Conversion: Weekly x 52 • Every 2 Weeks x 26 • Twice a Month X 24 • Monthly x 12

Total Household Size _____ Monthly Income _____ S.N.A.P (Food Stamp) _____ OWF _____

Eligibility Determination: Approved Free _____ Approved Reduced-Price _____ Denied _____ Temporary Until _____ Until _____ Until _____

Reason for Denial: Income Too High _____ Incomplete Application _____ Other _____

:
Change in Status: _____ Date Withdrawn: _____
Reason *Date*

CHIP _____ Yes _____ No _____

Signature of Determining Official _____ Date _____

Date Verification Notice Sent: _____ Response Due From Household _____ Second Notice Sent _____

Verification Result: No Change _____ Free to Reduced-Price _____ Free to Paid _____ Reduced-Price to Free _____ Reduced-Price to Paid _____

Reason for Eligibility Change: Income _____ Household Size _____ Refused to Cooperate _____ Change in S.N.A.P. (Food Stamp)/OWF _____
Other _____

Date "Notice of Change" Sent to Parent/Guardian _____ Confirming Official's Signature _____ Date _____

Follow-up Official's Signature _____ Date _____