

Repas gratuits ou à prix réduit

Parent/Tuteurs

Les écoles publiques de Cincinnati servent des repas gratuits ou à coût réduit tous les jours. Les enfants peuvent acheter le repas pour \$1.75 en primaire et \$2.00 en secondaire. En primaire, le petit déjeuner est gratuit. En secondaire, il peut être acheté pour \$.45. Les enfants peuvent recevoir leur repas gratuitement ou à prix réduit, en quel cas le déjeuner coûte \$.40 et le petit déjeuner coûte \$.30.

Tous les repas servis doivent remplir les critères établis par le Département de l'Agriculture. Cela dit, dans le cas d'un enfant déclaré handicapé par le médecin, si le handicap l'empêche de manger la nourriture habituelle de l'école, celle-ci lui substituera l'alimentation ordonnée par le médecin. Dans ce cas, la substitution n'entraînera pas d'augmentation du coût des repas. Si vous pensez que votre enfant a besoin de substitution à cause de son handicap, contactez Food Service pour plus de détails.

Si vous recevez S.N.A.P (Programme d'assistance en nutrition supplémentaire) ou Food Stamps ou OWF for votre enfant, celui-ci est qualifié pour les repas gratuits. Si vos revenus correspondent au tableau suivant, votre enfant peut être qualifié pour les repas gratuits ou à prix réduit. Un enfant sous tutelle peut remplir les conditions pour les repas gratuits ou à prix réduit, peu importe les revenus. Healthy Start et Healthy Families : votre enfant peut avoir droit à une nouvelle assurance maladie pour enfant.

Les enfants de foyers recevant WIC peuvent avoir droit au repas gratuit ou à prix réduit. Faites-en l'application.

Afin de recevoir les repas gratuits ou à prix réduit pour votre enfant, vous devez apporter à l'école une application complétée. Nous n'approuvons que celles qui sont complètes.

▼ Instructions pour les applications

Pour faire une demande de repas gratuits ou à prix réduit pour votre foyer, suivez les instructions. Signez l'application, retournez-la à l'école. Complétez une application pour chaque enfant sous tutelle. Appelez Food Service au 363-0800 si vous avez besoin d'aide.

▼ PARTIE 1 – Informations sur l'élève:

A REMPLIR PAR TOUS LES FOYERS

- Nom de(s) l'enfant(s) pour qui vous postuler
- Grade, école, etc. (Vous n'avez besoin que de remplir le nom et grade de l'enfant.

(Les autres informations sont pour notre usage pour identifier les No. ID d'élèves).

▼ PARTIE 2 – Foyers en Food Stamps ou OWF:

COMPLETEZ CETTE PARTIE ET PARTIE 6.

- Indiquez le numéro S.N.A.P (food stamps) ou OWF pour chaque enfant.
- Signez l'application en PARTIE 5. Un adulte membre du foyer doit signer.

▼ **PARTIE 3** – Si l'enfant pour lequel vous postulez est dans logis, migrant ou fugitif, cochez la case appropriée et appelez Project Connect au 363-3300 si vous avez des questions.

▼ PARTIE 4 – : Foyers d'enfants sous tutelle :

COMPLETEZ CETTE PARTIE ET PARTIE 6. LES ENFANTS SOUS TUTELLE SONT LA RESPONSABILITÉ LÉGALE D'UNE AGENCE OU DU TRIBUNAL.

- Indiquez le revenu mensuel de l'enfant "personal use". Mettez "0" si l'enfant ne reçoit pas de revenus "personal use". PASSEZ PARTIE 5. Ne listez pas les autres enfants, les membres du foyer ou les revenus.

(b) Un tuteur ou autre personne représentant l'enfant doit signer

l'application en PARTIE 6.

Revenus "personal use" est (a) soit un montant d'argent donné par l'assistance publique pour certaines catégories de dépenses pour l'enfant telles que vêtements, frais de scolarisation, argent de poche ; et (b) tout autre somme reçue par l'enfant telles que provenant de sa famille, de son travail à plein temps ou de jobs à mi-temps.

▼ PARTIE 5 – Tous autres

foyers: COMPLETEZ ICI ET

PARTIE 6

- Écrivez le nom de tous les membres de votre foyer, qu'ils reçoivent un revenu ou pas. Incluez le vôtre, les enfants pour lesquels vous appliquez, tout autre enfant, votre époux (se), grand-parents ou toute autre personne du foyer. Si vous avez besoin de plus d'espace, ajoutez une deuxième page.
- Ecrivez le montant brut reçu par chaque membre avant impôts et déductions, sa provenance, tels que salaires, assistances, pensions et autre. Si un montant ce mois-là était plus grand ou plus petit que d'habitude, listez le montant habituelle.
- Un adulte membre du foyer doit signer PARTIE 5 et inscrire son numéro de sécurité sociale.

Revenus à déclarer

Revenus du travail

- Salaires et pourboires
- Bénéfices de grèves
- Chômage
- Indemnité accident du travail
- Revenus nets de travailleur financier indépendant ou de fermier

Retraites et sécurité sociale

- Retraites
- Revenus en sus de la retraite
- Pensions de retraite privée
- Retraite de militaire
- Sécurité sociale

Assistance, pensions alimentaires

- Assistance publique
- Aides sociales
- Pension alimentaire/soutien

Autres revenus

- Pension d'infirme
- Argent liquide de compte épargne
- Intérêts et dividendes
- Revenus d'immobilier, de cartel ou d'investissements
- Contributions habituelles de Personnes non-domiciliées au foyer
- Droits d'auteurs nets, annuités et rentes
- Tout autre revenu

▼ PARTIE 6 - Signature et Numéro de sécurité sociale:

À REMPLIR PAR TOUS LES MEMBRES DU FOYER.

- Toute application doit contenir la signature d'un adulte vivant dans le foyer.
- L'application doit contenir le numéro de sécurité sociale du signataire. Si l'adulte n'en a pas un, cochez la case montrant qu'il n'en a pas. Si vous listez un numéro de S.N.A.P. (food stamps) ou OWF pour chaque enfant ou si vous postulez pour un enfant sous tutelle, le numéro de sécurité sociale n'est pas nécessaire

▼ PARTIE 7 – Partage d'informations avec autres programmes

Pour économiser du temps et de la peine, les informations données sur votre application de repas gratuits ou à prix réduit peuvent être communiquées à d'autres programmes auxquels vos enfants peuvent avoir droit. Pour ce faire, votre permission est requise. Si vous êtes d'accord pour que nous divulguions ces informations pour le bénéfice de tests, de programmes, de bourses et autres, listés sur cette application, vous devez cocher YES dans la partie 7. Ne rien mettre si vous ne voulez pas que nous partagions ces informations.

▼ PARTIE 8 – Partage des informations avec Medicaid/Healthy Star, Healthy Families

L'assurance maladie est tellement importante pour la santé des enfants que la loi nous permet de dire à Medicaid et Healthy Star, Healthy Families. Que vos enfants peuvent bénéficier des repas gratuits ou à prix réduit, à moins que vous n'y soyez opposé. Si vous ne voulez pas que nous partagions vos informations avec Medicaid et Healthy Star, Healthy Families, cochez la case NO dans la PARTIE 8.

Tableau de revenus

Taille du foyer	Annuels	Mensuels	Semaine
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
Pour chaque membre supplémentaire, ajoutez	+6,919	+577	+134

▼ PARTIE 9 – Race/Identité ethnique :

Vous n'êtes pas obligé de répondre à cette question pour recevoir les repas gratuits ou à prix réduit. Donner cette information assure que tout le monde est traité pareil.

▼ **Vérification:** Vos droits peuvent être vérifiés n'importe quand pendant l'année scolaire. Le personnel de l'école peut vous demander certains documents pour prouver que votre enfant peut bénéficier de ce programme.

▼ **Droit de faire appel:** Vous avez le droit de vous adresser aux officiels de l'école si vous n'êtes pas d'accord avec la décision prise au sujet de votre application ou le résultat de la vérification. Vous pouvez aussi demander une entrevue, par courrier ou par téléphone, auprès de Ms. Kelly, 2315 Iowa Avenue, Cincinnati, Ohio 45206, 363-0800

▼ **Confidentialité:** Les officiels de l'école n'utilisent les informations contenues dans cette application que pour décider si votre enfant a droit aux repas gratuits ou à prix réduit.

▼ **Réapplication:** Vous pouvez remplir une application à tout moment pendant l'année scolaire. Si vous n'y avez pas droit aujourd'hui mais si la taille de votre foyer ou vos revenus changent, si vous devenez chômeur, recevez S.N.A.P. (food stamps) ou OWF pour votre enfant, complétez une application.

▼ **Notification de qualification:** Nous vous contacterons lorsque votre application sera approuvée.

Déclaration de non-discrimination : Cela explique que faire si vous pensez que vous n'avez pas été traité équitablement. En accord avec la loi fédérale et les règlements du Département de l'Agriculture, il est interdit à cette institution de différencier sur la base de race, couleur, origine, sexe, âge ou handicap. Pour porter plainte pour traitement inéquitable, écrivez au USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitem Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 ou appelez 202-720-5964 ou (800) 795-3272 (voix ou TDD). USDA est un employeur équitable.



Ecoles Publiques de Cincinnati/Cincinnati Public Schools
Application pour repas gratuits ou à prix réduit année scolaire 2009-2010
Application for Free and Reduced-Price Meals 2009-2010 School Year
 Valide jusqu'au 30 Septembre 2010/ Valid through September 30, 2010

To apply for free and reduced-price meals, complete this application, sign your name and return the application to the school. Complete a separate application for each foster child. Call the Food Services Office at 363-0800 if you need help. **Only complete one application per household**
 Pour demander les repas gratuits ou à prix réduit, complétez cette application, signez la et retournez la à l'école. Complétez une application séparée par enfant sous tutelle. Appelez Food Service au 363-0800 en cas de besoin d'aide. **Une seule application par foyer.**

▼ **1. Student Information: Print**
Informations sur l'élève: En lettres d'imprimerie

2. *S.N.A.P. (Food Stamp) or OWF case number: List each child. Do not use Medicaid #. Please list 10-digit number.
Numéro de S.N.A.P. (food stamps) ou d'OWF / *S.N.A.P
 Listez chaque enfant. Ne pas utiliser le numéro de Medicaid. Indiquez un numero de 10 chiffres.

Names of All Children In School Noms de tous les enfants à l'école	ID# / Numéro d'identification (School Use ONLY) (Pour l'usage de l'école UNIQUEMENT)	Date of Birth Naissance	HR HR	Grade Grade	Name of School Nom de l'école	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

▼ **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
 Si l'enfant pour lequel vous postulez est sans logis, migrant ou fugitif, cochez la case appropriée et appelez Project Connet au 330-3300 Sans Logi Migrant Fugitif
 Calling Project Connect is not required to complete this application / Appeler Project Connect n'est pas exigé pour cette application

▼ **4. Foster Child/ Enfant sous tutelle** Check here if the child is a foster child/ cochez ici si l'enfant est sous tutelle.

*List the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no personal use income/ Indiquez les revenus personnels de l'enfant. Marquez "0" s'il n'en a pas. \$ _____

▼ **5. Household Members and Monthly Income/ Membres du foyer et revenus mensuels:**

Names of All Household Members (List everyone in household) Nom de tous les membres du foyer (Listez chaque membre)	Yearly Income Conversion: Conversion annuelle des revenus		Welfare Payments, Child Support, Alimony Aides sociales, pensions alimentaires	Monthly Payments from Pensions, Retirement, Social Security Payments mensuels de pensions, retraites, sécurité sociale	Any Other Monthly Income Autre revenus mensuels	Check If No Income Cochez ici si pas de revenus
	Weekly x 52 Semaine x 52	Every 2 weeks x 26 Toutes les 2 semaines x 26				
	Job 1/ Travail 1	Job 2/ Travail 2				
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

ADDITIONAL INFORMATION ON THE OTHER SIDE/ INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES AU VERSO →

▼ **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.

Signature et numéro de sécurité sociale : J'atteste que toutes les informations contenues dans cette application sont vraies et que tous nos revenus y ont été déclarés, que les numéros S.N.A.P ou OWF sont corrects. Je comprends que les services de l'école ont le droit de vérifier les informations. Je comprends que si je donne de fausses informations à dessein, mes enfants peuvent perdre le bénéfice des repas gratuits et que je suis passible de poursuite judiciaires.

X _____

Signature of Adult Household Member (Required)/ Signature d'un adulte dans le foyer

X _____

Social Security Number *(see reserve side) I do not have a social security number.
Numéro de sécurité sociale *(voir au verso) Je n' ai pas de numéro

Printed Name _____
Nom en lettre

Home Telephone No. _____
Téléphone au domicile

Work Telephone No. _____
Téléphone au travail

Street / Apt. No. _____ City / State / Zip _____
Rue, No et.Appartement Ville/Etat / Zip

Date _____

▼ **7. Other Benefits:** You do not have to complete this part to get free or reduced price school meals.

Autres bénéfices: Il n'est pas nécessaire de compléter cette partie pour recevoir les bénéfices repas

Sharing information with other programs

Partage d'informations avec autres programmes

Yes! / Oui!

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.

J'AUTORISE le personnel de l'école à divulguer les informations contenues ici pour les test,t programmes et/ou bourses suivants : Cindy After School, SAT, ACT, PSAT, ACT Plan, Advanced Placement College Board Tests, Upward Bound, GEAR UP, No Child Left Behind, Ed. Talent Search Programs, et le Wm Woodward Y Rebecca Friday Trust.

X _____

Signature of Parent/Guardian (Required if "Yes" is checked)
Signature du parent/tuteur si "oui" a été coché

_____ Date

*S.N.A.P.—Supplemental Nutrition Assistance Program formerly known as "Food Stamps"

*S.N.A.P - Programme d'assistance de nutrition supplémentaire connu comme "Food Stamps"

▼ **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.

Race: Il n'est pas nécessaire de répondre à cette question pour obtenir les bénéfices repas. Répondre assure simplement que tout le monde est traité équitablement

White/ Blanc

Black or African American
Noir our Africain Americain

Hispanic or Latino
Hispanic /Latin

Not Hispanic or Latino
Ni Hispanic, ni Latin

Asian
Asiatic

American Indian/Alaskan Native
Indigène d'Amérique ou Alaska

Native American/Pacific Islander
Natif américain ou des Isles du Pacifique

Other
Autre

**8 Sharing information with Medicaid / Healthy Start, Healthy Families
Divulgation d'information auprès de Medicaid, Healthy Start, Healthy Families**

No! / Non

I DO NOT want information from my free and reduced price School Meals Application shared with Medicaid or the *Healthy Start, Healthy Families*.

JE REFUSE que les informations contenues dans mon application p[our repas gratuits ou à prix réduits soient divulguées à Medicaid ou *Healthy Start, Healthy Families*

X _____

Signature of Parent/Guardian
Signature du parent/tuteur

_____ Date

*** Acte de déclaration de confidentialité :** Cela explique comment nous utilisons les informations que vous nous donnez. L'Act National de Repas D'Ecole Richard B. Russell demande que cette déclaration apparaisse dans cette application. Vous avez le droit de refuser de donner ces informations mais dans ce cas, nous ne pourons pas accorder à votre enfant les repas gratuits ou à prix réduit. Vous devez inclure le numéro de sécurité sociales de tous les adultes membres du foyer qui signent cette application. Le numéro de sécurité sociale n'est pas nécessaire lorsque l'application est pour enfant sous tutelle ou si vous listez le numéro de S.N.A.P. (food stamps) ou d'Ohio Works First (OWF) pour l'enfant ou si vous déclarez ne pas avoir de numéro de sécurité sociale. Nous utiliserons ces information pour déterminer si votre enfant peut bénéficier des repas gratuits ou à prix réduit et pour l'administration et la gestion des programmes de déjeuner et petit déjeuner. Nous AVONS LE DROIT de partager les informations de qualification avec les programmes d'éducation, de santé ou de nutrition afin de lers aider à évaluer, financer, déterminer les bénéfices de leurs programmes, les auditeurs en charge de revoir ces programmes, et les services d'application des lois pour les aider à enquêter sur les infractions à nos règlements.

For School Use Only ▼ Do Not Write Below this Line
Pour l'usage de l'école uniquement ▼ N'crivez Pas Au dessous De Cette Ligne

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 _____