

Attachment J12: Prototype Household Application for Free and Reduced Price School Meals (Farsi)

This information is being collected from School food authorities and schools. This is a revision of a currently approved information collection. The Richard B. Russell National School Lunch Act (NSLA) 42 U.S.C. § 1758, as amended, authorizes the National School Lunch Program (NSLP). This information is required to administer and operate this program in accordance with the NSLA. Under the Privacy Act of 1974, any personally identifying information obtained will be kept private to the extent of the law. According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0026. The time required to complete this information collection is estimated to average 6 minutes per response. The burden consists of the time it takes for households to complete their application. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, Alexandria, VA 22314, ATTN: PRA (0584-0026). Do not return the completed form to this address.

مرحله ۱

انام تمامی اعضاء خانواده را نُکر کنید که نوزاد، کودک و دانش آموز تا کلاس ۱۲ (و نیز محصل کلاس ۱۲) هستند. (چنانچه جهت اسامی دیگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یک برگ کاغذ ضمیمه کنید)

نام کودک	نام میانی کودک	انام خانوادگی کودک	کلاس	آیا دانش آموز است؟ بله خیر	کودک تحت سرپرستی موقت یا فراری	ببی خانمان
					<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"/>

تعریف عضو خانواده:
«هر کسی که با شما زندگی می کند و در درآمد و هزینه ها سهیم است، حتی اگر با شما نسبتی ندارد.»
کودکان تحت سرپرستی موقت و کودکانی که با تعریف بی خانمان، مهاجر یا فراری تطابق دارند برای دریافت وعده های غذایی رایگان واجد شرایط هستند. جهت کسب اطلاعات بیشتر، بخش نحوه ارائه درخواست برای دریافت وعده های غذایی رایگان و ارزان قیمت را مطالعه کنید.

مرحله ۲

آیا در حال حاضر کسی از اعضاء خانواده تان (از جمله خودتان) در یک یا بیش از یک برنامه کمکی فهرست شده در ذیل شرکت می کند:

اگر پاسخ شما خیر است > به مرحله ۳ رجوع کنید | اگر پاسخ شما بله است < در اینجا یک شماره پرونده بنویسید و سپس به مرحله مراجعه کنید (مرحله ۳ را تکمیل نکنید) ۴

شماره پرونده: _____

در این فضا، تنها یک شماره پرونده بنویسید.

مرحله ۳

درآمد تمام اعضاء خانواده را گزارش دهید (چنانچه پاسخ شما در مرحله ۲ «بله» بوده است این مرحله را نادیده بگیرید)

هر چند وقت یکبار؟	درآمد کودک	الف. درآمد کودک
هفتگی دو هفته یکبار ۲ بار در ماه ماهانه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	گاهی اوقات کودکان موجود در خانواده درآمد کسب می کنند یا به دست می آورند. لطفاً کل درآمد کسب شده توسط تمام اعضاء خانواده را که ناشان را در اینجا در مرحله ۱ ذکر کردید بنویسید
هر چند وقت یکبار؟	کسب های دولتی/کمک های مالی صورت گرفته به کودکان/نقشه	ب. تمام اعضاء بزرگسال خانواده (از جمله خودتان)
هفتگی دو هفته یکبار ۲ بار در ماه ماهانه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	نام تمام اعضاء خانواده را که در مرحله ۱ ذکر نشده (از جمله خودتان) بنویسید حتی اگر درآمدی دریافت نمی کنند. برای هر عضو خانواده که نامش ذکر شده است، اگر درآمدی دریافت می کنند، کل درآمد ناخالص (قبل از کسر مالیات) برای هر منبع را تنها به دلار (نه سنت) گزارش دهید. اگر آن ها درآمدی از هیچ منبعی دریافت نمی کنند، عدد «۰» را بنویسید. اگر «۰» را وارد نمایید یا قسمتی را خالی بگذارید، شما تایید می کنید (تصدیق می کنید) که درآمدی برای گزارش دهی وجود ندارد.
هر چند وقت یکبار؟	کسب های دولتی/کمک های مالی صورت گرفته به کودکان/نقشه	اسم اعضاء بزرگسال خانواده (نام و نام خانوادگی)
هفتگی دو هفته یکبار ۲ بار در ماه ماهانه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
هفتگی دو هفته یکبار ۲ بار در ماه ماهانه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
هفتگی دو هفته یکبار ۲ بار در ماه ماهانه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
هفتگی دو هفته یکبار ۲ بار در ماه ماهانه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
هفتگی دو هفته یکبار ۲ بار در ماه ماهانه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
هفتگی دو هفته یکبار ۲ بار در ماه ماهانه	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

آیا در مورد نوع درآمدی که باید در اینجا ذکر کنید مطمئن نیستید؟
جهت کسب اطلاعات بیشتر صفحه را ورق بزنید و نمودار «منابع درآمد» را بررسی نمایید.
نمودار «منابع درآمد برای کودکان» به شما در بخش درآمد کودک کمک خواهد کرد.
نمودار «منابع درآمد برای بزرگسالان» به شما در بخش تمام اعضاء بزرگسال خانواده کمک خواهد کرد.

مرحله ۴

اطلاعات تماس و امضاء فرد بزرگسال

* «اینجا باید نامی که نامی (تصدیق می کند) که تمامی اطلاعات ارائه شده در این درخواست درست و تمام درآمدها گزارش شده است. آگاه هستم که این اطلاعات در ارتباط با دریافت وجوه فرال ارائه شده است، و مسئولین مدرسه ممکن است این اطلاعات را تایید (بررسی) نمایند. آگاه هستم که اگر به عمد اطلاعات نادرست در اختیار قرار دهم، این امکان وجود دارد که فرزندانم امتیاز بهره مندی از مزایای وعده غذایی را از دست دهند و ممکن است تحت قوانین قابل اجرای ایالتی و فدرالی تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم.»

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

شماره آپارتمان: _____

نشانی (در صورت وجود): _____

نام چپي فرد بزرگسالی که فرم را امضا می نماید: _____ امضاء فرد بزرگسال: _____ تاریخ امروز: _____

تلفن جهت تماس در روز و ایمیل (اختیاری): _____

