Attachment J32. Prototype Household Application for Free and Reduced Price School Meals (Nepali)

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.

नि:शुल्क तथा कम मूल्यका स्कूलका खानाहरूका लागि 2016-2017 नमूना घरेलू आवेदन

OMB #0584-0026
Expiration Date: XX/XX/20XX

प्रति घर एउटा आवेदन भर्नुहोस्। कृपया कलमको प्रयोग गर्नुहोस् (पेन्सिल प्रयोग नगर्नुहोस्)

चरण 1 नवजातहरू, बालबालिका र ग्रड 12 सम्म र यस ग्रड विद्यार्थीहरू सहितका परिवार सब सदस्यहरूको सची बनाउनहोस (अतिरिक्त नामहरूका लागि अतिरिक्त ठाउ चाहिएमा अर्को पाना संलग्न गनहोस)

परिवार सदस्यको परिभाषा: यद्दपि सम्बन्धित नभएता पनि तपाईंसँग बसोबास गर्ने र आम्दानी तथा खर्चहरूको साझदारी गर्ने जो कोही।

पालनपोषणका (Foster care) बालबालिका, **घरबारबिहीन** (Homeless), **प्रवासी** (Migrant) वा **घरबाट भागेको** (Runaway) को परिभाषालाई पूरा गर्ने बालबालिकाहरू नि:शुल्क खानाहरूका लागि योग्य हुन्छन्। **थप जानकारीका लागि नि:शुल्क तथा कम मूल्य विद्यालय खानाहरूमा कसरी आवेदन** दिने पढ्नुहोस्।

बच्चाको पहिलो नाम	MI	बच्चाको पछिल्लो नाम	ग्रेड	विद्यार्थी हो? हो	विद्यार्थी हो? होइन	घरवारविहीन, प्रवासी, घरबाट भागेको पालनपोषणको बच्चा	
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्

चरण 2 हाल परिवार सदस्यहरूका कोही (तपाईं सहित) ल निम्नलिखित सहायता कायक्रमहरूको एक वा धरमा सहभागी हनभएको छ: SNAP, TANF, वा FDPIR?

यदि होइन भने: > चरण 3 मा जानुहोस्। **यदि हो भने: >** यहाँ केस नम्बर लेख्नुहोस् र चरण 4 मा जानुहोस् (चरण 3 नभर्नुहोस्)

केस नम्बर:

यस ठाउँमा एउटा मात्र केस नम्बर लेख्नुहोस्।

चरण 3 सब परिवार सदस्यहरूको आम्दानी लख्नहोस (तपाईंल चरण 2 मा 'हो' जवाफ दिनभएको भए यस चरणलाई छोड्नहोस)

तपाईं यहाँ कुन आम्दानी समावेश गर्ने बारेमा निश्चित हुनुहुन्न?

थप जानकारीका लागि पाना पल्टाउनुहोस् र "आम्दानीका स्रोतहरू" शीर्षकका चार्टहरू समीक्षा गर्नुहोस्।

बालबालिकाको आम्दानीको स्रोतहरू चार्टले तपाईंलाई बच्चा आम्दानी खण्डमा मद्दत गर्नेछ। वयस्क आम्दानीको स्रोतहरू चार्टले तपाईंलाई सबै वयस्क परिवार सदस्यहरू खण्डमा मद्दत गर्नेछ

A. बच्चाको आम्दानी

कहिलेकाहीं परिवारको बच्चाहरूले आम्दानी वा प्राप्त गर्छन्। कृपया चरण 1 मा सूचीबद्ध गरिएका सबै परिवार सदस्यहरूद्वारा आर्जन गरिएको प्राप्त कूल आम्दानी यहाँ समावेश गर्नुहोस्।

बच्चाको आम्दानी	कति पटक? साप्ताहिक	अर्ध साप्ताहिक	पाक्षिक (महिनाको दुई पटक)	मासिक
$	○	○	○	○

B. सबै परिवार सदस्यहरू (तपाईं सहित)

चरण 1 मा सूचीबद्ध नभएका सबै परिवार सदस्यहरू (तपाईं सहित), तिनीहरूले आम्दानी नगर्ने भएता पनि, लाई सूचीबद्ध गर्नुहोस्। सूचीबद्ध गरिएका प्रत्येक परिवार सदस्यको लागि, यदि तिनीहरूले आम्दानी प्राप्त गर्दैनन् भने, प्रत्येक स्रोतको जम्मा कुल आम्दानी (कर कट्टी अघिको) लाई पूर्ण एकाई डलर (सेन्टमा होइन) मात्र उल्लेख गर्नुहोस्। यदि तिनीहरूले कुनै पनि स्रोतबाट आम्दानी प्राप्त गर्दैनन् भने, 'O' लेख्नुहोस्। तपाईंले 'O' प्रविष्ट गर्नुहुन्छ वा कुनै ठाउँहरू खाली छोड्नु हुन्छ भने, उल्लेख गर्नका लागि कुनै आम्दानी छैन भन्ने तपाईंले प्रमाणित गर्दै (प्रतिबद्धता जनाउँदै) हुनुहुन्छ।

वयस्क परिवार सदस्यहरूको नाम (पहिलो र पछिल्लो)	कार्यबाट आम्दानी	कति पटक? साप्ताहिक	अर्ध साप्ताहिक	पाक्षिक (महिनाको दुई पटक)	मासिक	सार्वजनिक सहायता / बाल सहायता / भरणपोषण (Alimony)	कति पटक? साप्ताहिक	अर्ध साप्ताहिक	पाक्षिक (महिनाको दुई पटक)	मासिक	पेन्सनहरू/अवकाश/अन्य सबै आम्दानी	कति पटक? साप्ताहिक	अर्ध साप्ताहिक	पाक्षिक (महिनाको दुई पटक)	मासिक
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

परिवारका कुल सदस्यहरू बालबालिका तथा वयस्कहरू)

प्राथमिक ज्याला कमाउने (Primary wage earner) वा अन्य वयस्क परिवार सदस्यको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (SSN) को अन्तिम चारवटा अङ्कहरू X X X X X

सामाजिक सुरक्षा नम्बर (SSN) छैन भने चिन्ह लगाउँनुहोस् ☐

चरण 4 सम्पक जानकारी र वयस्कको हस्ताक्षर

म प्रमाणित (वाचा) गर्छु कि यस आवेदनमा भएका सबै जानकारीहरू सत्य छन् र सबै आम्दानी रिपोर्ट गरिएको छ। म बुझ्दछु कि यो जानकारी संघीय कोषहरू (**Federal funds**) को प्राप्तिको लागि दिइएको छ, र स्कूल अधिकारीहरूले जानकारीको प्रमाणित (जाँच) गर्न सक्नेछन्। म सचेत छु कि मैले जानी-जानी गलत जानकारी दिए भने, मेरा बच्चाहरूले खाना लाभहरू गुमाउन सक्छन्, र मलाई लागूयोग्य राज्य तथा संघीय कानूनहरू अनुसार मुद्दा चलाउन सकिनेछ।

स्ट्रीट ठेगाना (यदि छ भने) | अपार्टमेन्ट (Apt) # | सहर (City) | राज्य | जिप | दिवा समय फोन नम्बर र इमेल (ऐच्छिक)

यो फाराममा हस्ताक्षर गर्ने वयस्कको छापिएको नाम | वयस्क व्यक्तिको हस्ताक्षर | आजको मिति

निर्देशनहरू — आम्दानीको स्रोतहरू

बालबालिकाको लागि आम्दानीको स्रोत

बालबालिकाको आम्दानीको स्रोत	उदाहरण(हरू)
- कार्यबाट आम्दानी	- बच्चासँग पूर्णकालिक वा आंशिक रोजगार छ जहाँ उनीहरूले तलब वा ज्यालाहरू प्राप्त गर्छन्
- सामाजिक सुरक्षा - अशक्तता भुक्तानहरू - उत्तरजीवी **(Survivor)** लाभहरू	- बच्चा दृष्टिबिहीन वा असक्षम छ र सामाजिक सुरक्षा लाभहरू प्राप्त गर्छ - आमाबुवा असक्षम हुनुहुन्छ, अवकाश प्राप्त हुनुहुन्छ वा मृत्यु भएको छ र तिनीहरूका बच्चाले सामाजिक सुरक्षा लाभहरू प्राप्त गर्छन्
- परिवारको सदस्य बाहिरको व्यक्तिबाट आम्दानी	- साथी वा विस्तृत परिवार सदस्यले नियमित रूपमा बच्चालाई खर्च गर्ने पैसा दिनुहुन्छ
- अन्य कुनै पनि स्रोतबाट आम्दानी	- बच्चाले निजी पेन्सन फन्ड, एकाङ्की (Annuity) वा ट्रस्टबाट नियमित आम्दानी प्राप्त गर्छ

वयस्कहरूको लागि आम्दानीको स्रोत

कार्यबाट आम्दानी	सार्वजनिक सहायता / भेणपोषण / बाल सहायता	पेन्सनहरू / अवकाश / अन्य सबै आम्दानी
- तलब, ज्याला, नगद बोनसहरू - स्व-रोजगारीको खुद आम्दानी (फार्म वा व्यवसाय) तपाईं यु.एस सैनिकमा हुनुहुन्छ भने: - आधारभूत (**Basic)** तलब र नगद बोनसहरू (कम्ब्याट भुक्तान, **FSSA** वा निजीकरण हाउजिङ भत्ता समावेश नगर्नुहोस्) - अफ-बेस **(off-base)** हाउजिङ, खाद्य तथा पोशाकका लागि भत्ताहरू	- बेरोजगारी लाभहरू - कामदारहरूको क्षतिपूर्ति - पूरक सुरक्षा आम्दानी **(SSI)** - राज्य वा स्थानीय सरकारबाट नगद सहायता - भरणपोषण भुक्तानहरू - बाल सहायता भुक्तानीहरू - पुरानो योद्धा **(Veteran)** लाभहरू - हड्ताल लाभहरू	- सामाजिक सुरक्षा (रेलरोड अवकाश र ब्ल्याक लङ्ग लाभहरू सहित) - निजी पेन्सनहरी वा असक्षमता लाभहरू - ट्रस्ट वा इस्टेटहरूबाट हुने स्थायी आम्दानी - एकाङ्कीहरू **(Annuities)** - लगानीबाट आम्दानी - आर्जित ब्याज - भाडाको आम्दानी - बाह्य परिवारबाट नियमित नगद भुक्तानहरू

वैकल्पिक — बालबालिकाको जातिय र सांस्कृतिक पहिचानहरू

हामीलाई तपाईंको बालबालिकाको जाति र जाति र जातीयताको बारेमा जानकारी सोध्न आवश्यक छ। यो जानकारी हाम्रो हाम्रो समुदायलाई पूर्ण रूपमा सेवा पुर्‍याउने सुनिश्चित गर्न महत्त्वपूर्ण हुन्छ र मद्दत गर्छ। यस खण्डमा प्रतिक्रिया दिनु ऐच्छिक हो र तपाईंको बालबालिकाको नि:शुल्क वा कम मूल्य खानाहरूको योग्यतालाई प्रभाव पार्दैन।

जातियता (एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्): ☐ हिस्पेनिक वा ल्याटिनो ☐ हिस्पेनिक वा ल्याटिनो होइन

जाति (एउटा वा धेरैमा चिन्ह लगाउनुहोस्): ☐ अमेरिकन इन्डियन वा अलास्का निवासी ☐ एसियाली ☐ काला वा अफ्रिकी अमेरिकी ☐ हवाइ निवासी वा अन्य प्रशान्त द्वीपवासी ☐ गोरा

रिचार्ड बी. रुसेल राष्ट्रिय विद्यालय स्थापना ऐन (Richard B. Russell National School Lunch Act) लाई यस आवेदनमा उपलब्ध गराएको जानकारी आवश्यक छ। तपाईंले जानकारी उपलब्ध गराउनु पर्दैन, तर यदि तपाईंले यसो नगरेमा, हामी तपाईंको बच्चाको लागि नि:शुल्क वा कम मूल्य खानाको अनुमोदन गर्न सक्दैनौं। तपाईंले यस आवेदनमा हस्ताक्षर गरेको घरको वयस्क सदस्यको सामाजिक सुरक्षा नम्बरको अन्तिम चारवटा संख्या समावेश गर्नुपर्छ। सामाजिक सुरक्षा नम्बरका अन्तिम चार अङ्क तपाईंले पालेका बच्चाको लागि आवेदन गर्दा, वा तपाईंले पूरक पोषण सहयोग कार्यक्रम (SNAP) को सूची दिएमा, आवश्यक परिवारको लागि अस्थायी सहायता (TANF) कार्यक्रम वा भारतीय आरक्षणमा खाद्य वितरण कार्यक्रम (FDPIR) मामला नम्बर वा आफ्नो बच्चाको लागि अन्य FDPIR परिचय दिएमा वा तपाईंले आवेदनमा हस्ताक्षर गर्ने परिवारका वयस्क सदस्यको सामाजिक सुरक्षा नम्बर छैन भन्ने सङ्केत गरेमा आवश्यक पर्दैन। हामीले तपाईंको जानकारीलाई तपाईंको बच्चा नि:शुल्क वा कम मूल्य खानाका लागि, स्थापना र बिहानको खानाको प्रबन्ध तथा प्रवर्तनका लागि योग्य छ छैन भनि निर्धारण गर्नका लागि प्रयोग गर्नेछौंg। हामीले शिक्षा, स्वास्थ्य, र पोषण कार्यक्रमहरुलाई तिनीहरुको कार्यक्रमहरुमा मूल्यांकन, अनुदान, वा लाभहरु निर्धारणमा तिनीहरुलाई मद्दत पुर्‍याउन, कार्यक्रम समीक्षाका लागि लेखापाललाई मद्दत पुर्‍याउन, र कार्यक्रम नियमहरुको उल्लंघन निरीक्षणमा कानून प्रवर्तक अधिकारीहरुलाई मद्दत पुर्‍याउन तपाईंको योग्यताको जानकारी साझा गर्न सक्छौं।

जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, लिङ्ग, अशक्तता, उमेर वा प्रतिशोध वा USDA द्वारा आयोजित वा वित्त व्यवस्था गरिएको कुनै पनि कार्यक्रम वा क्रियाकलापमा पूर्व मानव अधिकारहरूको लागि प्रतिशोधको आधारमा संघीय मानव अधिकार कानून तथा अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) मानव अधिकार नियमन तथा नीतिहरू, USDA र यसका एजेन्सीहरू, कार्यालय, कर्मचारीहरू र USDA मा सहभागी भएका वा यसलाई प्रबन्ध गरिरहेका संस्थाहरूको अनुसार भेदभाव गर्न प्रतिबन्धित गरिएको छ।

कार्यक्रम जानकारीका लागि सञ्चारको वैकल्पिक साधनहरू (जस्तै ब्रेल लिपी, ठूलो अक्षरमा छपाइ, अडियो टेप, अमेरिकन चिन्ह भाषा आदि) को आवश्यकता पर्ने असक्षमताहरू भएका व्यक्तिहरूले लाभहरूका लागि तिनीहरूले आवेदन गरेको एजेन्सी (राज्य वा स्थानीय) मा सम्पर्क गर्नुपर्नेछ। बहिरा, सुन्नमा कठिनाइ भएका वा बोल्ने असक्षमताहरू भएका व्यक्तिहरूले (800) 877-8339; मा संघीय रिले सेवा (Federal Relay Service) को माध्यमबाट USDA लाई सम्पर्क गर्न सक्छन्। अतिरिक्त रूपमा, कार्यक्रमको जानकारीलाई अङ्ग्रेजी बाहेकका भाषाहरूमा उपलब्ध हुन सक्नेछन्।

कार्यक्रममा भेदभावको उजुरी दायर गर्नका लागि USDA कार्यक्रम भेदभाव फाराम, (AD-3027) अनलाइनमा: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, र कुनै पनि USDA कार्यालयमा पाइने फाराम भर्नुहोस् वा USDA लाई सम्बोधन गरी चिठ्ठी लेख्नुहोस् र फाराममा अनुरोध गरिएको सम्पूर्ण जानकारी उपलब्ध गराउँनुहोस्। सिकायत फारामको प्रतिलिपिको अनुरोध गर्नका लागि, (866) 632-9992 मा कल गर्नुहोस्। तपाईंको भरिएको फाराम वा चिठ्ठीलाई USDA मा यस अनुसार पेश गर्नुहोस्:

मेल: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
फ्याक्स: (202) 690-7442; वा
email: program.intake@usda.gov.

यो संस्थान एउटा समान अवसर प्रदायक हो।

नभर्नुहोस् — विद्यालय प्रयोजनका लागि मात्र

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income ______

How often? ○ Weekly ○ Bi-Weekly ○ 2x Month ○ Monthly

Household size ______

Categorical Eligibility ☐

Eligibility: ○ Free ○ Reduced ○ Denied

Determining Official's Signature ______ Date ______

Confirming Official's Signature ______ Date ______

Verifying Official's Signature ______ Date ______