Attachment J5: Prototype Household Application for Free and Reduced Price School Meals (Armenian)

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.

2016-2017թթ. Անվճար և զեղչված գնով դպրոցական սննդի համար ընտանիքի դիմումի օրինակելի ձև

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

Յուրաքանչյուր ընտանիք պետք է լրացնի մեկ դիմում: Լրացրեք գրիչով (ոչ մատիտով):

ՔԱՅԼ 1 Նշեք ընտանիքի անդամ հանդիսացող ԲՈԼՈՐ մանուկներին, երեխաներին և մինչև 12-րդ դասարան հաճախող աշակերտներին, ներառյալ (եթե այլ անունների համար լրացուցիչ տարածք է պահանջվում, կցեք մեկ այլ թերթ)

Ընտանիքի անդամի սահմանումը. ,Ցանկացած անձ, ովապրում է Ձեզ հետ և կիսումեկամուտներն ու ծախսերը, նույնիսկ եթե ազգակցական կապով կապված չէ Ձեզ հետե:

Ընտանիքի խնամակալությամբապրող և **անտուն, գաղթական** կամ **տնից հեռացած** սահմանումներին համապատասխանող երեխաներն իրավունք ունեն անվճար սնունդ ստանալ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեքԻնչպես դիմել **անվճար և զեղչված գնով դպրոցական սննդի համար:**

Երեխայի անունը	Երկրորդ անունը	Երեխայի ազգանունը	Դասարանը	Աշակե՞րտ է: Այո	Աշակե՞րտ է: Ոչ	Յոգեզավակ	Անտուն, գաղթական, տնից հեռացած
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

Նշեք բոլորը, որոնք կիրառելի են

ՔԱՅԼ 2 Արդյո՞ք Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ (այդ թվում՝ Դուք) ներկայումս մասնակցում է հետևյալ աջակցության ծրագրերից որևէ մեկին կամ մի քանիսին. SNAP, TANF կամ FDPIR:

Եթե ՈՉ > Անցեք ՔԱՅԼ 3:

Եթե ԱՅՈ > Նշեք այստեղ գործի համարը, ապա անցեք ՔԱՅԼ 4 (մի լրացրեք ՔԱՅԼ 3-ը)

Գործը համար՝ ____________

Յատկացված տարածքում գրեք միայն մեկ գործի համար:

ՔԱՅԼ 3 Յայտնեք ընտանիքի ԲՈԼՈՐ անդամների եկամուտը (բաց թողեք այս քայլը, եթե ՔԱՅԼ 2-ին պատասխանել եք «Այո»)

Վստահ չե՞ք, թե ինչ եկամտի տեսակներ ներառել այստեղ:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար շրջեք էջը և ուշադրությամբ ընթերցեք ,Եկամտի աղբյուրները վերնագրով աղյուսակները:

,Երեխաների եկամտի աղբյուրները աղյուսակը կօգնի Ձեզ լրացնել Երեխաների եկամտի բաժինը:

,Չափահասների եկամտի աղբյուրները աղյուսակը կօգնի Ձեզ լրացնել Ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների եկամտի բաժինը:

Ա. Երեխաների եկամուտ

Ընտանիքի երեխաները երբեմն եկամուտ են ունենում: Նշեք այս դիմումի ՔԱՅԼ 1-ում թվարկված ընտանիքի բոլոր անդամների վաստակած ԸՆԴՅԱՆՈՒՐ եկամուտը:

Երեխաների եկամուտ	Ի՞նչ հաճախականությամբ: Շաբաթական	Երկշաբաթական	Ամիսը երկու անգամ	Ամսական
$	○	○	○	○

Բ. Ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամները (այդ թվում ՝Դուք)

Նշեք ընտանիքի բոլոր անդամներին, որոնք չեն թվարկվել ՔԱՅԼ 1-ում (այդ թվում ՝Ձեզ), նույնիսկ եթե նրանք եկամուտ չեն ստանում: Ընտանիքի ամեն մի թվարկված անդամի համար՝ եկամուտ ունենալու դեպքում, յուրաքանչյուր աղբյուրի դիմաց նշեք ընդհանուր համախառն եկամուտը (մինչև հարկումը) ամբողջ դոլարներով (առանց ցենտի): Եթե նրանք եկամուտ չունեն որևէ աղբյուրից, գրեք ,0ե: Եթե գրում եք ,0ե կամ դատարկ եք թողնում որևէ դաշտ, ապա դրանով հաստատում (հավաստում) եք, որ չկա հաղորդման ենթակա եկամուտ:

Ընտանիքի չափահաս անդամների անունները (անուն և ազգանուն)	Վաստակ աշխատանքից	Ի՞նչ հաճախականությամբ: Շաբաթական	Երկշաբաթական	Ամիսը երկու անգամ	Ամսական	Պետական օժանդակություն/ երեխաների նպաստ/ալիմենտ	Ի՞նչ հաճախականությամբ: Շաբաթական	Երկշաբաթական	Ամիսը երկու անգամ	Ամսական	Կենսաթոշակներ/Պաշտոնաթողություն/ Բոլոր այլ տեսակի եկամուտներ	Ի՞նչ հաճախականությամբ: Շաբաթական	Երկշաբաթական	Ամիսը երկու անգամ	Ամսական
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

Ընդամենը ընտանիքի անդամներ (երեխաներ և չափահասներ) ______

Ընտանիքի հիմնական վաստակողի կամ այլ չափահաս անդամի Սոցիալական ապահովության համարի (SSN) վերջին չորս նիշերը X X X - X X - ____

Նշեք, եթե գոյություն չունի SSN ☐

ՔԱՅԼ 4 Կոնտակտային տվյալներ և չափահասների ստորագրություն

,Ես հաստատում (հավաստում) եմ, որ սույն դիմումի մեջ ներկայացված ողջ տեղեկատվությունը ճշգրիտ է, և բոլոր տեսակի եկամուտները հաղորդվել են: Ես գիտակցում եմ, որ այս տեղեկությունները տրամադրվում են դաշնային գումարների ստացման համար, և դպրոցի աշխատակիցները կարող են ճշտել (ստուգել) այդ տեղեկատվությունը: Ես տեղյակ եմ, որ եթե միտումնավոր կեղծ տեղեկատվություն տրամադրեմ, իմ երեխաները կարող են զրկվել սննդի նպաստներից, իսկ ես կարող եմ պատասխանատվության ենթարկվել՝ համաձայն նահանգային և դաշնային օրենքներին:

Փողոցի հասցե (եթե առկա է)	Բն. #	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային կոդ	Ցերեկային հեռախոս և էլ. փոստ (ըստ ցանկության)

Ձևը լրացնող չափահաս անձի տպատառ անունը	Ձևը լրացնող չափահաս անձի ստորագրությունը	Այսօրվա ամսաթիվը

ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ — Եկամտի աղբյուրներ

Երեխաների եկամտի աղբյուր	
Երեխայի եկամտի աղբյուրներ	Օրինակ(ներ)
- Վաստակ աշխատանքից	- Երեխան աշխատում է, որի դիմաց վարձատրություն կամ աշխատավարձ է ստանում
- Սոցիալական ապահովություն - Հաշմանդամության վճարումներ - Կերակրողին կորցրած անձի նպաստներ	- Երեխան կույր կամ հաշմանդամ է և Սոցիալական ապահովության նպաստներ է ստանում - Ծնողը հաշմանդամ է, թոշակառու կամ վախճանված, որի հետևանքով երեխան սոցիալական ապահովության նպաստներ է ստանում
- Ընտանիքից դուրս այլ անձից ստացվող եկամուտ	- Որևէ ընկեր կամ ընտանիքի ոչ անմիջական անդամ երեխային պարբերաբար ծախսելու գումար է տալիս
- Որևէ այլ աղբյուրից ստացվող եկամուտ	- Երեխան եկամուտ է ստանում մասնավոր կենսաթոշակային ֆոնդից, տարեկան պարբերավճարներից կամ խնամառու հիմնադրամից

Չափահասների եկամտի աղբյուր		
Վաստակ աշխատանքից	Պետական օժանդակություն / ալիմենտ / երեխաների նպաստ	Կենսաթոշակներ / Պաշտոնաթողություն / Բոլոր այլ տեսակի եկամուտներ
- Աշխատավարձ, ժամավճար, դրամական պարգևներ - Զուտ եկամուտ ինքնազբաղվածությունից (ֆերմա կամ բիզնես) Եթե ծառայում եք ԱՄՆ զինված ուժերում. - Հիմնական վարձատրություն և դրամական պարգևներ (Մի ներառեք մարտական գործողությունների մասնակցության վճարումը, FSSA-ը կամ սեփականաշնորհված բնակարանային նպաստները) - Բազայից դուրս բնակարանային, սննդի կամ հագուստի նպաստներ	- Գործազրկության նպաստներ - Աշխատողի փոխհատուցում - Լրացուցիչ ապահովության եկամուտ (SSI) - Դրամական օգնություն նահանգային կամ տեղական կառավարման մարմինների կողմից - Ալիմենտի վճարումներ - Երեխայի աջակցության վճարումներ - Վետերանների նպաստներ - Գործադուլի մասնակցի նպաստներ	- Սոցիալական ապահովություն (այդ թվում` երկաթուղայինների և պնևմոկոնիոզով տառապող հանքագործների նպաստներ) - Մասնավոր կենսաթոշակներ կամ հաշմանդամության վճարներ - Եկամուտ խնամառու հիմնադրամներից կամ անշարժ գույքից - Տարեկան պարբերավճարներ - Ներդրումային եկամուտ - Վաստակած շահադրույք - Եկամուտ վարձակալությունից - Պարբերական կանխիկ վճարումներ ընտանիքից դուրս այլ աղբյուրից

ԸՍՏ ՑԱՆԿՈՒԹՅԱՆ — Երեխաների ռասայական և էթնիկ պատկանելությունը

Ձեզնից խնդրվում է տեղեկություններ տրամադրել Ձեր երեխաների ռասայական և էթնիկ պատկանելության մասին: Այս տեղեկատվությունը կարևոր է այն պատճառով, որ օգնում է մեզ վստահանալ, որ ամբողջությամբ ծառայում ենք մեր համայնքին: Այս բաժնի հարցերին պատասխանելը կամընտրական է և չի ազդում անվճար կամ զեղչված գնով սնունդ ստանալու Ձեր երեխաների իրավունակության վրա:

Ազգային պատկանելություն (նշեք մեկը). ☐ Իսպանական ծագման կամ լատինամերիկացի ☐ Ոչ իսպանական ծագման և ոչ լատինամերիկացի

Ռասա (նշեք մեկ կամ ավելի). ☐ Ամերիկյան հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ ☐ Ասիացի ☐ Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի ☐ Հավայան կամ այլ խաղաղօվկիանոսյան այլ կղզու բնիկ ☐ Սպիտակ

Սույն դիմումի տեղեկատվությունը պահանջվում է՝ **Richard B. Russell National School Lunch Act** ակտի համաձայն: Դուք ստիպված չեք տեղեկատվություն տրամադրել, սակայն չտրամադրելու դեպքում չի կարող հաստատվել Ձեր երեխային անվճար կամ զեղչված գնով սննդի հատկացումը: Անհրաժեշտ է նշել դիմումն ստորագրող ընտանիքի չափահաս անդամի սոցիալական ապահովության համարի վերջին չորս նիշերը: Սոցիալական ապահովության համարի վերջին չորս նիշերը չեն պահանջվում այն դեպքում, երբ դիմում եք Ձեր հոգեզավակի անունից, կամ տրամադրել եք Հավելյալ սննդային աջակցության ծրագրի (SNAP), Ժամանակավոր օգնություն կարիքավոր ընտանիքների համար (TANF) ծրագրի կամ Հնդկացիներին հատկացված տարածքներում սննդի բաշխման ծրագրի (FDPIR) գործի համար կամ այլ FDPIR նույնացուցիչ Ձեր երեխայի համար, ինչպես նաև երբ հայտնում եք, որ դիմումն ստորագրող ընտանիքի չափահաս անդամը չունի սոցիալական ապահովության համար: Տրամադրված տեղեկատվությունը կօգտագործվի անվճար կամ զեղչված գնով սնունդ ստանալու Ձեր երեխայի իրավունակության որոշման, ինչպես նաև ճաշի և նախաճաշի ծրագրերի կազմակերպման և իրականացման համար: Ձեր իրավունակության մասին տեղեկատվությունը կարող է փոխանցվել կրթական, առողջապահական և սննդի ծրագրերի՝ այն գնահատելու, ֆինանսավորելու կամ ծրագրերի նպաստները որոշելու համար, աուդիտորների՝ ծրագիրը վերահսկելու, ինչպես նաև իրավապահ մարմինների՝ ծրագրի կանոնների խախտումները հետաքննելու նպատակներով:

Համաձայն Քաղաքացիական իրավունքների մասին դաշնային օրենքի և ԱՄՆ Գյուղդեպարտամենտի (USDA) քաղաքացիական իրավունքների կանոնակարգերի և քաղաքականության՝ USDA-ին, դրա գործակալություններին, գրասենյակներին, աշխատակիցներին և USDA ծրագրերին մասնակցող կամ դրանք կառավարող հաստատություններին արգելվում է ցուցաբերել խտրականություն՝ հիմնված ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, սեռի, կրոնական դավանանքի, հաշմանդամության, տարիքի, քաղաքական համոզմունքների վրա, ինչպես նաև ռեպրեսիա կամ հաշվեհարդար՝ USDA-ի կողմից իրականացված կամ ֆինանսավորված որևէ ծրագրում կամ միջոցառման մեջ քաղաքացիական իրավունքների ոլորտում նախկինում ծավալած գործունեության համար:

Հաշմանդամություն ունեցող անձինք, որոնց անհրաժեշտ է ծրագրի մասին տեղեկությունները հայտնել այլընտրանքային կապի միջոցներով (օրինակ Բրայլի գրով, խոշոր տպագրությամբ, ձայնասկավառակով, ամերիկյան ժեստերի լեզվով և այլն), պետք է կապվեն այն գործակալության հետ (նահանգային կամ տեղական), որտեղ դիմել են նպաստների համար: Այն անձինք, ովքեր խուլ են, ունեն ծանր լսողություն կամ խոսքի հետ կապված դժվարություններ, կարող են USDA-ին դիմել Դաշնային կոմուտացիոն ծառայության միջոցով՝ (800) 877-8339 հեռախոսահամարով: Ավելին, ծրագրի մասին տեղեկատվությունը կարող է տրամադրվել անգլերենից բացի այլ լեզուներով:

Ծրագրին խտրականության մասին բողոք ներկայացնելու համար լրացրեք USDA Ծրագրի Խտրականության բողոքի ձևը՝ (AD-3027), որը մատչելի է առցանց http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html հասցեում և ցանկացած USDA գրասենյակում, կամ նամակ ուղարկել USDA-ին՝ դրանում տրամադրելով ձևաթղթի մեջ պահանջվող բոլոր տեղեկությունները: Բողոքի ձևի պատճենը պահանջելու համար զանգահարեք (866) 632-9992: Լրացված ձևը կամ նամակը ներկայացրեք USDA՝

փոստով `   U.S. Department of Agriculture (ԱՄՆ գյուղդեպարտամենտ)
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (Քաղաքացիական իրավունքների քարտուղարի օգնական)
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

ֆաքսով՝   (202) 690-7442, կամ

էլ. փոստով՝ program.intake@usda.gov:

Այս հաստատությունն ապահովում է հավասար հնարավորություններ:

Մի լրացրեք — Միայն դպրոցի օգտագործման համար

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