

Attachment J44. Prototype Household Application for Free and Reduced Price School Meals (Thai)

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.

กรอกใบสมัครเพียงหนึ่งครั้งต่อหนึ่งครัวเรือน กรุณาใช้ปากกา (ห้ามใช้ดินสอ)

**ขั้นตอนที่ 1 แจกแจงสมาชิกในครอบครัวที่เป็นทารก เด็ก และนักเรียนจนถึงเกรด 12 (หากต้องการพื้นที่เพิ่มสำหรับบุคคลเพิ่มเติม ให้แนบกระดาษเพิ่มได้)**

คำนิยามของสมาชิกในครอบครัว: "ใครก็ตามที่อาศัยอยู่กับคุณ และร่วมแบ่งปันรายได้และรายจ่าย ถึงแม้ว่าจะไม่เกี่ยวข้องทางสายเลือดก็ตาม"

เด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์และเด็กที่เข้าข่ายเป็นเด็กไร้บ้าน ผู้หยพ หรือเด็กหนีออกจากบ้าน มีสิทธิ์ได้รับอาหารฟรี สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูวิธีการสมัครขอรับอาหารโรงเรียนแบบราคาถูกลงและแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย

ชื่อต้นของเด็ก	อักษรย่อชื่อกลาง	นามสกุลของเด็ก	เกรด	เป็นนักเรียนหรือไม่ เป็น / ไม่เป็น	เด็กไร้บ้าน ผู้หยพ เด็กสงเคราะห์ เด็กหนีออกจากบ้าน
				<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"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ขั้นตอนที่ 2 มีสมาชิกคนใดในครอบครัว (รวมทั้งคุณ) เข้าร่วมอย่างน้อยหนึ่งในโครงการช่วยเหลือต่อไปนี้หรือไม่: SNAP, TANF หรือ FDPIR**

หากไม่ > ไปยังขั้นตอนที่ 3      หากใช่ > เขียนหมายเลขประจำตัวของโครงการที่นี้ แล้วไปยังขั้นตอนที่ 4 (ไม่ต้องกรอกขั้นตอนที่ 3)

หมายเลขประจำตัวของโครงการ:

เขียนเฉพาะหมายเลขประจำตัวของโครงการในช่องนี้

**ขั้นตอนที่ 3 รายงานรายได้ของสมาชิกครอบครัวทั้งหมด (ข้ามขั้นตอนนี้ไป หากคุณตอบ "ใช่" ในขั้นตอนที่ 2)**

ก. รายได้ของเด็ก  
บางครั้งเด็กในครอบครัวก็สามารถหาหรือได้รับรายได้ได้เช่นกัน กรุณากรอกรายได้ทั้งหมดที่ได้รับจากสมาชิกครอบครัวทุกคนตามที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1 ในใบสมัครนี้

ข. สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด (รวมทั้งตัวคุณเอง)  
แจกแจงสมาชิกครอบครัวทั้งหมดที่ไม่ได้ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1 (รวมทั้งตัวคุณเอง) ถึงแม้ว่าพวกเขาจะไม่มียาได้ก็ตาม สำหรับสมาชิกครอบครัวแต่ละคนระบุไว้ หากพวกเขาไม่มีรายได้ ให้รายงานรายได้รวมทั้งทั้งหมด (ก่อนหักภาษี) สำหรับแหล่งที่มาของรายได้แต่ละแหล่งเป็นเงินดอลลาร์ (ไม่นับจำนวนเซ็นต์) หากพวกเขาไม่ได้รับรายได้จากแหล่งใด ๆ เลข ให้เขียน "0" หากคุณกรอก "0" หรือเว้นช่องว่างไว้ คุณยืนยัน (ยอมรับ) ว่าไม่มีรายได้ที่จะรายงาน

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาพลิกหน้ากระดาษและอ่านตารางที่ชื่อ "แหล่งที่มาของรายได้"

ตาราง "แหล่งที่มาของรายได้สำหรับเด็ก" จะช่วยคุณกรอกข้อมูลในส่วนของรายได้ของเด็กได้

ตาราง "แหล่งที่มาของรายได้สำหรับผู้ใหญ่" จะช่วยคุณกรอกข้อมูลในส่วนของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมดได้

รายได้ของเด็ก

รายได้	บอตนีโชน
\$ <input type="text"/>	ทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ทุกสองสัปดาห์ <input type="checkbox"/> สองหรือสี่เดือน <input type="checkbox"/> ทุกเดือน <input type="checkbox"/>

ชื่อของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ (ชื่อและนามสกุล)

รายได้จากการจ้างงาน	บอตนีโชน			
	ทุกสัปดาห์	ทุกสองสัปดาห์	สองหรือสี่เดือน	ทุกเดือน
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

จำนวนช่วยเหลือจากรัฐบาล / หน่วยงานช่วยเหลือ / หน่วยงานอุปการะเลี้ยงดู

จำนวนช่วยเหลือจากรัฐบาล / หน่วยงานช่วยเหลือ / หน่วยงานอุปการะเลี้ยงดู	บอตนีโชน			
	ทุกสัปดาห์	ทุกสองสัปดาห์	สองหรือสี่เดือน	ทุกเดือน
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

เงินบำนาญ / เงินเกษียณ / รายได้อื่น ๆ

เงินบำนาญ / เงินเกษียณ / รายได้อื่น ๆ	บอตนีโชน			
	ทุกสัปดาห์	ทุกสองสัปดาห์	สองหรือสี่เดือน	ทุกเดือน
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สมาชิกครอบครัวทั้งหมด (เด็กและผู้ใหญ่)

ตัวเลข 4 ตัวสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคม (SSN) ของผู้มีรายได้หลักหรือสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ที่เป็นผู้ใหญ่

เลือกหากไม่มี SSN

**ขั้นตอนที่ 4 ข้อมูลติดต่อและลายมือชื่อของผู้ใหญ่**

\*ข้าพเจ้ายืนยัน (ยอมรับ) ว่าข้อมูลทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นจริง และได้รับรายงานรายได้ทั้งหมดแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลนี้ข้าพเจ้าใช้ไว้มีผลส่วนเกี่ยวข้องกับได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง และเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนอาจสอบถาม (ตรวจสอบ) ข้อมูลดังกล่าวได้ ข้าพเจ้าตระหนักดีว่า หากข้าพเจ้าแจ้งให้ข้อมูลเท็จ บุคลากรของข้าพเจ้าอาจเสียดำเนินการ โฆษณารองรับอาหารได้ และข้าพเจ้าอาจถูกฟ้องดำเนินคดีที่บังคับใช้ของจริงและรัฐบาล\*

เลขที่บ้าน (หากมี)  อาคาร #

เมือง  รัฐ  รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อระหว่างวันและอีเมล (หากมี)

ชื่อบรรจบของผู้ใหญ่ที่ลงชื่อในใบสมัครนี้  ลายมือชื่อของผู้ใหญ่  ลงวันที่ ณ ปัจจุบัน

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับเด็ก	
แหล่งที่มาของรายได้ของเด็ก	ตัวอย่าง
- รายได้จากการทำงาน	- เด็กมีงานเต็มเวลาหรือไม่เต็มเวลาที่ทำเป็นประจำ ซึ่งเป็นงานที่พวกเขาได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง
- ประกันสังคม - เบี้ยเลี้ยงผู้พิการ - สิทธิประโยชน์ของคนที่ยังมีชีวิตอยู่	- เด็กพิการทางสายตาหรือหูหนวก และได้รับสิทธิประโยชน์ประกันสังคม - พ่อแม่ทุพพลภาพ เกษียณ หรือเสียชีวิต และเด็กได้รับสิทธิประโยชน์ประกันสังคม
- รายได้จากบุคคลที่อยู่นอกครอบครัว	- เพื่อนหรือครอบครัวชายที่ไม่ใช่เงินแก่เด็กเพื่อการใช้จ่ายเป็นประจำ
- รายได้จากแหล่งที่มาอื่น ๆ	- เด็กได้รับรายได้เป็นประจำจากกองทุนเงินบำนาญเอกชน เงินรายปี หรือทรัสต์

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับผู้ใหญ่		
รายได้จากการทำงาน	ความช่วยเหลือของหน่วยงานสาธารณะ / หน่วยงานอุปการะเลี้ยงดู / หน่วยงานช่วยเหลือเด็ก	เงินบำนาญ / เงินเกษียณ / รายได้อื่น ๆ ทั้งหมด
- เงินเดือน ค่าจ้าง โบนัสเงินสด - รายได้จากการทำงานเป็นงานจ้างคนเอง (พาร์ทเนอร์หรือหุ้นส่วน)  หากลูกทำงานในกองทัพสหรัฐฯ:  - เงินเดือนพื้นฐานและโบนัสเงินสด (ไม่รวมเงินพิเศษสำหรับการศึกษา, เงินช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่ครอบครัว หรือค่าที่หักภาษีของข้าราชการ) - ค่าที่หักภาษีเมื่อออกประจำการนอกฐานค่าอาหาร และค่าเสื้อผ้า	- สิทธิประโยชน์ของผู้ว่างงาน - เงินชดเชยแรงงาน - รายได้เสริมจากประกันสังคม (SSI) - เงินสดช่วยเหลือจากรัฐหรือรัฐบาลท้องถิ่น - เงินอุปการะ - เงินช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรหลาน - สิทธิประโยชน์ของทหารผ่านศึก - สิทธิประโยชน์จากการหยุดงาน	- ประกันสังคม (รวมสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงานรถไฟที่เกษียณแล้วและสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงานในเหมือง) - เงินบำนาญจากเอกชน หรือสิทธิประโยชน์จากหน่วยงานช่วยเหลือผู้พิการ - รายได้ประจำการทรัสต์หรืออสังหาริมทรัพย์ - เงินรายปีต่าง ๆ - รายได้จากการลงทุน - กำไรที่ได้รับ - รายได้จากการปล่อยเช่า - รายได้ที่เป็นเงินสด ซึ่งได้รับจากภายนอกครอบครัวเป็นประจำ

ข้อมูลเพิ่มเติม ๆ

เชื้อชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ของคุณ

เราจำเป็นต้องสอบถามถึงข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ของคุณเพราะข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต่อเราในการจัดสรรเงินช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากส่วนนี้เป็นข้อมูลเสริม และจะไม่มีส่งผลกระทบต่อคุณสมบัตินของคุณหรือการเข้าถึงบริการของเรา

กลุ่มชาติพันธุ์ (เลือกเพียงหนึ่งข้อ):  อีสแปนิชหรือละติน  ไม่ใช่อีสแปนิชหรือละติน

เชื้อชาติ (เลือกหนึ่งข้อหรือมากกว่า):  อเมริกันอินเดียนหรือชนพื้นเมืองอาลาสกา  เอเชีย  ผิวดำหรือแอฟริกันอเมริกัน  ชนพื้นเมืองฮาวายหรือกลุ่มชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ  ผิวดำ

กฎหมายด้วยอาหารกลางวัน ริชาร์ด บี รัสเซลล์ (Richard B. Russell National School Lunch Act) จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากโบสถ์ของคุณไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูล แต่หากคุณไม่สามารถระบุข้อมูลของคุณได้ เราขอแนะนำให้ติดต่อสำนักงานของคุณเพื่อขอความช่วยเหลือเพิ่มเติม

คำสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคมของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ถือเอกสารใบสมัครของคุณ 4 คำสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคมของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ถือเอกสารใบสมัครของคุณ 4 คำสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคมของคุณสมัครแทนเด็กสงเคราะห์หรือเมื่อคุณได้รับอนุญาตประจำตัวสำหรับโครงการสมทบอาหาร (Supplemental Nutrition Assistance Program หรือ SNAP), โครงการความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวยากจน (Temporary Assistance for Needy Families หรือ TANF), โครงการแจกจ่ายอาหารในพื้นที่สงวนของอินเดีย (Food Distribution Program on Indian Reservations หรือ FDIPIR) หรือหมายเลข FDIPIR อื่น ๆ สำหรับบุตรหลานของคุณ หรือเมื่อคุณระบุว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ถือเอกสารใบสมัครที่ไม่มีหมายเลขประกันสังคม

เราขอใช้ข้อมูลของคุณในการกำหนดว่าบุตรหลานของคุณมีคุณสมบัติพร้อมที่จะได้รับอาหารแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือแบบมีราคาถูกลงหรือไม่

รวมทั้งการบริหารจัดการและการบังคับใช้โครงการอาหารกลางวันและอาหารเช้า เราอาจแบ่งปันข้อมูลของคุณกับหน่วยงานการศึกษา สุขภาพ และอาหารเพื่อช่วยพวกเขาในการประเมิน สมทบทุน หรือกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับโครงการ ผู้ตรวจสอบบัญชีสามารถตรวจสอบโครงการ และเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเพื่อช่วยพวกเขาสอดคล้องการละเมิดกฎของโครงการดังกล่าว

บุคคลทุพพลภาพที่จำเป็นต้องมีวิธีการสื่อสารทางเลือกสำหรับข้อมูลโครงการ (เช่น อักษรเบรลล์ การพิมพ์ตัวใหญ่ แป้นเสียง ภาษาอเมริกัน 14c) ควรติดต่อหน่วยงาน (รัฐหรือท้องถิ่น) ที่ตนเองสมัครขอรับสิทธิประโยชน์ บุคคลที่หูหนวกหรือมีปัญหามองเห็นหรือพิการทางการพูดสามารถติดต่อ USDA ผ่านทาง Federal Relay Service ได้ที่ (800) 877-8339 นอกจากนี้ ข้อมูลโครงการอาจมีไว้ในภาษาอื่น ๆ นอกเหนือจากภาษาอังกฤษด้วย

หากต้องการส่งคำร้องเรียนโครงการถึงการเลือกปฏิบัติ ให้กรอกแบบฟอร์มคำร้องเรียนการเลือกปฏิบัติในโครงการของ USDA (AD-3027) ที่สามารถรับได้ทางออนไลน์ที่: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) หรือที่สำนักงาน USDA ได้ทุกแห่ง หรือส่งจดหมายที่มีข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนดในแบบฟอร์มมายัง USDA หากต้องการขอรับสำเนาแบบฟอร์มร้องเรียน ให้โทรศัทพ์ติดต่อได้ที่ (866) 632-9992

ส่งแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนหรือจดหมายของคุณมายัง USDA โดย:

ไปรษณีย์: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

โทรสาร: (202) 690-7442; หรือ

อีเมล: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

หน่วยงานนี้เป็นผู้ให้โอกาสอย่างเท่าเทียมกัน

ไม่ต้องกรอก

สำหรับโรงเรียนเท่านั้น

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

How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total Income

Household size

Categorical Eligibility

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Determining Official's Signature  Date

Confirming Official's Signature  Date

Verifying Official's Signature  Date