

2016-2017 Aplicação doméstica protótipo para refeições escolares gratuitas e com preço reduzido Cadastre-se on-line em www.abcdefgh.edu

Complete uma aplicação por agregado familiar. Por favor, use uma caneta (não um lápis).

PASSO 1

Liste **TODOS** os membros do agregado familiar que são bebês, crianças e estudantes até e incluindo a terceira série do Ensino Médio (se são necessários mais espaços para nomes adicionais, anexe uma outra folha de papel)

Definição de **Membro do agregado familiar**: "Qualquer um que vive com você e compartilha as receitas e despesas, mesmo que não tenha grau de parentesco".

Crianças em **orfanato** e crianças que atendem à definição de **sem-teto, migrantes ou fugitivas** são elegíveis para receber refeições gratuitas. Leia **Como se cadastrar gratuitamente e Refeições escolares com preço reduzido** para mais informações.

Primeiro nome da criança	Sobrenome	Último nome da criança	Série	Estudante?		Criança adotada		Sem-teto, migrante, fugitiva
				Sim	Não			
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				

Marque tudo que se aplica

PASSO 2

Quaisquer membros do agregado familiar (incluindo você) participam atualmente de um ou mais dos seguintes programas de assistência: SNAP, TANF ou FDIPIR?

Se **NÃO** > Vá para o PASSO 3.

Se **SIM** > Escrever um número de caso aqui, em seguida vá para o PASSO 4
(Não complete o PASSO 3)

Número do processo:

Escreva apenas um número de caso neste espaço.

PASSO 3

Informe a renda de **TODOS** os membros do agregado familiar (pule este passo se você respondeu "Sim" no PASSO 2)

Você não tem certeza qual renda deve incluir aqui?

Vire a página e analise os gráficos intitulados "Fontes de Renda" para mais informações.

O gráfico "Fontes de renda para crianças" irá ajudá-lo com a seção Renda de criança.

O gráfico "Fontes de renda para adultos" irá ajudá-lo com a seção Todos os membros adultos do agregado familiar.

A. Renda da criança

Às vezes, crianças no agregado familiar ganham ou recebem renda. Por favor, inclua a renda total recebida por todos os membros do agregado familiar listados no PASSO 1 aqui.

B. Todos os membros adultos do agregado familiar (incluindo você)

Liste todos os membros do agregado familiar não listados no PASSO 1 (incluindo você), mesmo se eles não recebem renda. Para cada membro do agregado familiar indicado, se eles recebem renda, informe a renda total bruta (antes de impostos) para cada fonte em dólares inteiros (sem centavos) somente. Se eles não recebem renda de qualquer fonte, escreva "0". Se você digitar "0" ou deixar quaisquer campos em branco, você está certificando (prometendo) que não há renda para informar.

Nome dos membros adultos do agregado familiar (primeiro e último)	Rendas do trabalho	Com que frequência?				Assistência Pública/Apoio à Criança/Pensão alimentícia	Com que frequência?				Pensões/Aposentadoria/Todos as outras rendas	Com que frequência?			
		Semana	Quinzena	2 vezes	Mensal		Semana	Quinzena	2 vezes	Mensal		Semana	Quinzena	2 vezes	Mensal
	\$	<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"/>	\$	<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"/>	\$	<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"/>
	\$	<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"/>

Total de membros do agregado familiar (crianças e adultos)

Quatro últimos dígitos do número de segurança social (SSN) do assalariado primário ou outro membro adulto do agregado familiar

Marque se não houver SSN

PASSO 4

Informações de contato e assinatura de adulto

"Eu certifico (juro) que todas as informações sobre esta aplicação são verdadeiras e que todas as rendas estão informadas. Eu entendo que esta informação é dada em conexão com o recebimento dos recursos Federais, e que os funcionários da escola podem averiguar (verificar) as informações. Estou ciente de que caso eu tenha fornecido informações falsas, meus filhos podem perder benefícios alimentares, e eu posso ser processado sob as leis estaduais e federais aplicáveis".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endereço (se disponível)	Apto nº	Cidade	Estado	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome impresso do adulto assinando o formulário	Assinatura do adulto	Data de hoje		

Telefone diurno e e-mail (opcional)

INSTRUÇÕES

Fontes de renda

Fonte de renda para crianças	
Fontes de renda da criança	Exemplo(s)
- Renda do trabalho	- A criança tem um emprego regular de período integral ou meio-período onde ganha um ou mais salários
- Seguro Social - Pagamentos de deficiência - Pensão de sobrevivência	- Uma criança é cega ou possui deficiência e recebe benefícios da Previdência Social - Um parente está desativado, aposentado, ou falecido, e seu filho recebe pensões da previdência social
- Renda da pessoa fora do agregado família	- Um membro familiar ou amigo(a) dá dinheiro para a criança gastar criança regularmente
- Renda de qualquer outra fonte	- A criança recebe renda regular de um fundo de pensão privado, anuidade, ou de trust

Fonte de renda para adultos		
Rendas do trabalho	Assistência Pública/Pensão	Pensões/Aposentadoria/Todas as outras
- Ordenado, salários, bônus em dinheiro - Lucro líquido de auto-emprego (fazenda ou negócio) Se você está no Exército dos EUA: - Remuneração base e bônus em dinheiro (NÃO inclui pagamento de combate, FSSA ou subsídios de habitação privatizados) - Subsídios de habitação fora da base, alimentação e vestuário	- Seguro desemprego - Compensação do trabalhador - Renda suplementar de segurança (SSI) - Assistência de dinheiro do Estado ou governo local - Pagamentos de pensão alimentícia - Pagamentos de apoio à criança - Benefícios a veteranos - Benefícios da greve	- Segurança Social (incluindo aposentadoria de ferrovia e seguro de pneumoconiose de mineiros de carvão) - Previdência Privada ou benefícios de deficiência - Renda regular de trusts ou propriedades - Anuidades - Renda de retorno de investimento - Juros ganhos - Renda de aluguel - Pagamentos regulares em dinheiro fora do agregado familiar

OPCIONAL

Identidades étnicas e raciais das crianças

Somos obrigados a solicitar informações sobre a raça de seus filhos e etnia. Esta informação é importante e ajuda a ter certeza de que nós estamos servindo plenamente nossa comunidade. A resposta a esta seção é opcional e não afeta a elegibilidade de seus filhos para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido.

Raça (marque um): Hispânica ou Latina Não Hispânica ou Latina

Raça (marque um ou mais): Índia americana ou nativa do Alasca Asiática Americana negra ou africana Nativa do Havai ou de Outra Ilha do Pacífico Branca

De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade, ou represália ou retaliação por atividade anterior de direitos civis. As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. As pessoas com deficiência que necessitam meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio, Língua de Sinais Americana) devem entrar em contato com a agência estadual ou local responsável que administra o programa ou o TARGET Center do USDA em (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entrar em contato com o USDA através do Federal Relay Service em (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação no programa, o Reclamante deve preencher um Formulário AD-3027, Formulário de Queixa de Discriminação de Programa do USDA, que pode ser obtido online em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992 ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA.

A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone do reclamante e uma descrição escrita da suposta ação discriminatória com detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação de direitos civis. O formulário ou carta AD-3027 preenchido deve ser enviado ao USDA por:

Correio: Departamento da Agricultura dos EUA
Gabinete do Secretário Adjunto de Direitos Civis 1400
Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; ou

email: program.intake@usda.gov.

Esta instituição é um provedor de oportunidades iguais.

Não preencha

Somente para uso escolar

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 Monthly

Household size

Categorical Eligibility

Eligibility:

Free Reduced Denied

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date