

ĐƠN XIN BỮA ĂN MIỄN PHÍ VÀ GIẢM GIÁ DÀNH CHO GIA ĐÌNH TRONG NĂM HỌC 2018-19

THÔNG BÁO:

- Nếu quý vị nhận được THÔNG BÁO VỀ TÌNH TRẠNG HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN – BỮA ĂN MIỄN PHÍ từ khu học chánh, xin vui lòng **không** điền đơn xin này.
- Xin xem **Hướng Dẫn Điền Đơn Xin** ở mặt sau của mẫu đơn.

THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Viết tên của người điền đơn xin này **bằng chữ in** (Tên họ, Tên gọi)

Số Điện Thoại Nhà hoặc Số ĐTDD (Khoanh Tròn Vào Một Ổ)

Tên Viết Bằng Chữ In

Số Điện Thoại Tại Sở Làm

Địa Chỉ Bưu Tín – Số Căn Hộ

Thành Phố Tiểu Bang Số Zip Code

➔ Số người cư ngụ trong gia đình _____
(Ghi tên của **tất cả** các thành viên trong gia đình trong mục 2 và/hoặc 4 của mẫu đơn này)

THÔNG TIN VỀ HỌC SINH

Tên Của Học Sinh (Tên họ, Tên gọi)	Trường	Cấp Lớp (Tùy chọn)	Ngày Tháng Năm Sinh (Tùy chọn)	Kiểm tra xem trẻ Foster
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

PHÚC LỢI/TRỢ CẤP

Nếu nhà quý vị có người được nhận SNAP hoặc TANF, vui lòng cung cấp tên và số hồ sơ của thành viên gia đình được nhận trợ cấp

Tên	<input type="checkbox"/>	Số hồ sơ
_____		_____
	SN AP	
	<input type="checkbox"/>	Tới Phần 5 ở dưới
	TA NF	

Hộ gia đình này có nhận FDPIR (Food Distribution on Indian Reservations) không Có (Tới Phần 5 để điền)

CÁC THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH & TỔNG LỢI TỨC HÀNG THÁNG - nếu không phải là hàng tháng, xin xem mặt sau để biết mức chuyển đổi

Cột 1	Cột 2	Cột 3	Cột 4	CỘT 5	Cột 6
Ghi tất cả các thành viên trong gia đình, kể cả những trẻ em không đi học, và lợi tức. Không nên tính tới các học sinh đã được ghi trong phần 2, trừ khi các em có nguồn lợi tức thường xuyên. (Tên họ, tên gọi)	LỢI TỨC HÀNG THÁNG (Tổng số tiền lương bổng kiếm được trước khi trừ các khoản)	TIỀN CHU CẤP NUÔI CON HÀNG THÁNG, PHÚC LỢI, TIỀN CẤP DƯỠNG CHO VỢ/CHỒNG ĐÃ LI DỊ MÀ QUÝ VỊ ĐƯỢC NHẬN	LƯƠNG HƯU, TRỢ CẤP HƯU TRÍ, AN SINH XÃ HỘI HÀNG THÁNG	LỢI TỨC HÀNG THÁNG KHÁC – Kể cả trợ cấp thất nghiệp và bồi thường tai nạn lao động.	Kiểm tra nếu Khôn LpiTNc
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

CHỮ KÝ, NGÀY & Bốn chữ số cuối cùng của SỐ AN SINH XÃ HỘI (Người lớn phải ký tên)

Tôi xác nhận (cam đoan) rằng tất cả các thông tin trong mẫu đơn xin này là đúng (chính xác) và tôi đã báo cáo toàn bộ các khoản lợi tức của mình. Tôi hiểu rằng trường sẽ được nhận trợ cấp Liên Bang dựa trên thông tin mà tôi cung cấp. Tôi hiểu rằng các viên chức của trường có thể xác minh (kiểm tra) thông tin đó. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai lệch, con tôi có thể không tiếp tục được nhận trợ cấp bữa ăn và tôi có thể bị truy tố.

Chữ Ký Của Thành Viên Gia Đình Đã Trường Thành	Ngày Ký	Số An Sinh Xã Hội *	<input type="checkbox"/> Tôi không có Số An Sinh Xã Hội.
X _____	_____ Tháng/ngày/năm	(Xin xem phần tuyên bố về sự riêng tư ở dưới) XXX-XX-_____	

NHÓM SẮC TỘC HOẶC CHỦNG TỘC (KHÔNG BẮT BUỘC)

Đánh dấu vào một nguồn gốc chủng tộc:	Đánh dấu vào một hoặc nhiều nguồn gốc sắc tộc:	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng, không phải là Người Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha
<input type="checkbox"/> Người Thuộc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La Tinh	<input type="checkbox"/> Người Á Châu	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii hoặc Thổ Dân Đảo Thái Bình Dương Khác
<input type="checkbox"/> Không phải Người Thuộc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La Tinh	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ & Thổ Dân Alaskan	<input type="checkbox"/> Bộ Tộc Khác
	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu	

Tôi không muốn chia sẻ thông tin cho Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế cho Trẻ Em Tiểu Bang (State Children's Health Insurance Program) Xin ký tên vào đây: _____

Tôi có một con (hoặc con), người này không có bất kỳ loại bảo hiểm y tế - không phải bảo hiểm y tế tư và cũng không Oregon Health Plan / Healthy Kids. Tôi quan tâm đến bảo hiểm y tế miễn phí hoặc giảm chi phí cho ít nhất một trong các con tôi. Có Không

SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income: _____ Number in household: _____ Date Withdrawn: _____

Free based on:

- SNAP/TANF/FDPIR
- Foster child categorical
- household income

Reduced based on:

- household income

Denied – Reason:

- income too high
- incomplete application

Determining Official's Signature : _____ Date _____

- Nếu quý vị được nhận **SNAP, TANF hoặc FDPIR**, xin điền các mục 1, 2, 3 và 5; không bắt buộc phải điền các mục 6 và 7.
- Nếu quý vị không được nhận được các quyền lợi này và **lợi tức** của quý vị **thấp hơn** mức qui định, xin điền các mục 1, 2, 4 và 5; không bắt buộc phải điền các mục 6 và 7.
- Nếu quý vị là hộ gia đình có **NGƯỜI CON CHĂM NUÔI THEO HỢP ĐỒNG VỚI CHÍNH PHỦ**, xin điền các mục 1, 2, và 4; không bắt buộc phải điền phần 6 và 7.

Bất kỳ mục thu nhập nào để trống sẽ được tính là không. Xin vui lòng lưu ý khi quý vị có ý định để mục thu nhập trống.

XÁC ĐỊNH MỨC LỢI TỨC HÀNG THÁNG CHO SỐ TIỀN LƯƠNG BỔNG KIỂM ĐƯỢC

Mức lợi tức hàng tháng cho tất cả các thành viên trong gia đình phải được ghi trong Phần 4 của đơn xin này. Lợi tức có nghĩa là bất kỳ số tiền nào được nhận thường xuyên do đi làm, tiền chu cấp nuôi con, tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng đã li dị, trợ cấp hưu trí, lương hưu, trợ cấp an sinh xã hội hoặc bất kỳ nguồn nào khác. Không tính các khoản vay của trường/sinh viên.

Các thành viên trong gia đình **không** được trả lương hàng tháng cần chuyển đổi số tiền lương kiểm được thành lợi tức hàng tháng dựa trên nguyên tắc sau đây:

Các thành viên trong gia đình được trả lương hàng tuần: Nhân tổng số tiền lương bổng kiểm được cho một kỳ lương, trước khi trừ các khoản, với 52. Sau đó chia cho 12. Số tiền tính được sẽ là tổng lợi tức hàng tháng.

Các thành viên trong gia đình được trả lương 2 tuần một lần: Nhân toàn bộ số tiền lương bổng kiểm được trong một kỳ lương, trước khi trừ các khoản, với 26. Sau đó chia cho 12. Số tiền tính được sẽ là tổng lợi tức hàng tháng.

Các thành viên trong gia đình được trả lương hai lần một tháng: Nhân tổng số tiền lương bổng kiểm được trong một kỳ lương, trước khi trừ các khoản, với 24. Sau đó chia cho 12. Số tiền tính được sẽ là tổng lợi tức hàng tháng.

Các thành viên trong gia đình là nhân viên làm việc theo thời vụ hoặc làm việc chưa tới 12 tháng: Ước tính mức lợi tức hàng năm để thể hiện chính xác hoàn cảnh hiện tại, sau đó chia cho 12. Kết quả sẽ là mức lợi tức hàng tháng dự tính.

Lưu ý: Quý vị phải ghi tiền thù lao nhận được từ một cơ sở kinh doanh hoặc trang trại mình sở hữu theo diện "lợi tức thuần". *Lợi tức thuần được định nghĩa là tổng số tiền lợi tức còn lại sau khi trừ các khoản chi phí hoạt động của cơ sở kinh doanh và nông trại từ tổng doanh thu.*

QUI ĐỊNH HƯỚNG DẪN VỀ LỢI TỨC CỦA LIÊN BANG July 1, 2018-June 30, 2019

Con quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận ít nhất là các bữa ăn được giảm giá nếu mức lợi tức của hộ gia đình quý vị nằm trong các giới hạn của bảng này.

Số người trong gia đình	GIẢM GIÁ BỮA ĂN				
	Hàng năm	Hàng tháng	Hai lần một tháng	Hai tuần một lần	Hàng tuần
-1-	22,459	1,872	936	864	432
-2-	30,451	2,538	1,269	1,172	586
-3-	38,443	3,204	1,602	1,479	740
-4-	46,435	3,870	1,935	1,786	893
-5-	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
-6-	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
-7-	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
-8-	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
Đối với mỗi thành viên gia đình tính thêm, cộng thêm	7,992	666	333	308	154

TUYÊN BỐ VỀ SỰ RIÊNG TƯ - SỐ AN SINH XÃ HỘI

Điều luật Richard B. Russell National School Lunch Act quy định rằng chúng tôi phải có các thông tin được hỏi trong mẫu đơn này. Quý vị không bắt buộc phải khai ra thông tin này, nhưng nếu không khai thì chúng tôi không thể chấp thuận cho con quý vị hưởng các bữa ăn miễn phí hay giảm giá. Quý vị cũng phải ghi bốn chữ số cuối của số an sinh xã hội của thành viên gia hộ trường thành ký tên vào đơn xin. Không bắt buộc phải ghi bốn chữ số cuối của Số An Sinh Xã Hội khi quý vị nộp đơn xin cho một trẻ tạm nuôi; hoặc quý vị cung cấp số hồ sơ trợ cấp từ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program, hay số hồ sơ hoặc thông tin nhận diện khác từ Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) chứng minh rằng con quý vị đang hưởng các chương trình này; hoặc khi quý vị đánh dấu vào ô nói rằng thành viên gia hộ trường thành ký tên vào đơn xin không có số an sinh xã hội. Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin của quý vị để xác định xem con quý vị có đủ điều kiện hưởng các bữa ăn miễn phí hay giảm giá hay không, và để điều hành và tuân thủ quy định của các chương trình cung cấp bữa ăn sáng và trưa. Chúng tôi CÓ THỂ chia sẻ thông tin xác định tính hội đủ điều kiện mà quý vị khai trên mẫu này với các chương trình giáo dục, sức khỏe và dinh dưỡng để giúp họ đánh giá, xin quỹ hay xác định các quyền lợi trong chương trình; với các kiểm tra viên để giúp họ đánh giá chương trình; và với các viên chức công lực để giúp họ điều tra các vi phạm về quy tắc chương trình. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin của quý vị trong mẫu đơn này cho Medicaid hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Trẻ Em của Tiểu Bang (SCHIP), trừ khi quý vị yêu cầu chúng tôi không được làm như vậy. Nếu được tiết lộ, thông tin này sẽ được xác định các em hội đủ điều kiện và ghi tên cho các em tham gia Medicaid hoặc SCHIP.

Tuyên bố không phân biệt đối xử

Theo luật dân quyền của Liên Bang, và quy định và chính sách về dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), USDA, các cơ quan của USDA, văn phòng, nhân viên, và các tổ chức tham gia hoặc quản lý các chương trình của USDA không được phép phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, thương tật, tuổi tác, hoặc trả đũa hay trả thù các tiền hoạt động dân sự trong bất kỳ chương trình hay hoạt động nào do USDA thực hiện hay tài trợ. Người khuyết tật cần phương tiện truyền thông thay thế để nhận được thông tin của chương trình (chẳng hạn như Chữ Nổi cho Người Mù, chữ in lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Dấu Hiệu Mỹ, v.v.) nên liên lạc với Cơ Quan (Tiểu Bang hay địa phương) mà họ đã nộp đơn xin trợ cấp. Người bị điếc, khiếm thính hoặc có khuyết tật về âm ngữ có thể liên lạc với USDA thông qua Dịch Vụ Tiếp Âm Liên Bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, bên cạnh tiếng Anh, thông tin của chương trình còn có sẵn trong các ngôn ngữ khác. Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử trong chương trình, hãy hoàn tất **Mẫu Đơn Khiếu Nại Phân Biệt Đối Xử trong Chương Trình USDA**, tìm thấy trực tuyến tại: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, và ở tại bất kỳ văn phòng USDA nào, hoặc viết thư cho USDA trong đó ghi tất cả các thông tin yêu cầu trong mẫu đơn. Để yêu cầu bản sao của mẫu đơn khiếu nại, hãy gọi (866) 632-9992. Hãy nộp mẫu đơn đã hoàn tất hoặc thư của quý vị đến USDA bằng: 1) đường bưu điện: U.S. Department of Agriculture (Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ), Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, Văn Phòng Thư Ký Trợ Lý

Nhân Quyền), 1400 Independence Avenue, SW , Washington, D.C. 20250-9410; 2) fax: (202) 690-7442; hoặc; 3) email: program.intake@usda.gov. Đây là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.