

ဒင်းဗား အစိုးရကျောင်းများ 720-423-5624 သို့မဟုတ် 720-423-5623
 2016/2017 ကျောင်းသားများ အစားအသောက်ခံစားခွင့်အတွက် အိမ်ထောင်စုမှ လျှောက်လွှာ

(ဖက်ဒရယ် ကလေးများ အာဟာရအစီအစဉ်များတွင် ပါဝင်လိုမှသာ ယခုစုံစုံကို အသုံးပြုပါ။)
 လျှောက်လွှာမတင်သွင်းမီ ညွှန်ကြားချက်စာရွက်ကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖတ်ရှုပါ။
 မင်အနက်ကို အသုံးပြု၍ သေသပ်စွာ ရေးဖြည့်ပါ။ အိမ်ထောင်စုတစ်စုလျှင် လျှောက်လွှာတစ်စု။

1

ကျောင်းသူ/သားဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များ - ဒင်းဗား အစိုးရကျောင်းများတွင် တက်ရောက်နေသော ကျောင်းသားများအားလုံးအား ဖော်ပြပါ။ ဥပဒေအရ လူမှုဖူလုံရေးဌာန၊ တရားရုံးတို့ဖြင့် တာဝန်ယူထားသည့် မွေးစားကလေးရှိပါက အားလုံးအတွက် ဖြစ်ပေပါ။
 အကယ်၍ ကျောင်းသားတွင် ဝင်ငွေမရှိမရှိပါက ဝင်ငွေမရှိအတွက်ကို ဖြစ်ပေပါ။ အကယ်၍ ကျောင်းသားတွင် ဝင်ငွေရှိပါက အောက်ဖော်ပြပါ မိသားစုအပိုင်းတွင် ဖြည့်စွက်၍ ဝင်ငွေကို ဖော်ပြပေးပါ။

H: အိုးအိမ်မဲ့သူ
 M: မြောင်းရွေ့အခြေချသူ
 R: အိမ်ခြေ

မွေးစား ကလေး	ကျောင်းသားသက်သေခံအမှတ်	တရားဝင် ပထမ အမည်	MI	တရားဝင် နောက်ဆုံး အမည်	လ	မွေးနေ့ နေ့	နှစ်	အတန်း	ကျောင်းအမည်	ဝင်ငွေမရှိပါက ဖြစ်ရန်	H	M	R
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

အခြားနေရာမှ
 ရရှိခံစားနိုင်ခွင့် -
 သင်လျှောက်ထားသည့်
 ကျောင်းသားသည်
 အိုးအိမ်မဲ့သူ၊
 မြောင်းရွေ့အခြေချသူ၊
 အိမ်မှ
 ထွက်ပြေးသည့်
 ကလေးဖြစ်ပါက
 ဒင်းဗားအစိုးရကျောင်းများ
 အိုးအိမ်မဲ့
 ဆက်ဆံရေးရုံးသို့ ဖုန်း
 720-423-8230
 သို့မဟုတ် 720-423-8228
 ကိုခေါ်ပါ။

2

အပိုင်ဆောင်း အာဟာရ ပံ့ပိုးမှုအစီအစဉ် (SNAP) ဂဏန်း ၇ လုံး/အင်ဒီးယန်း ကန့်သတ်ဒေသများအတွက် အစားအသောက် ဖြန့်ဝေပေးရေး အစီအစဉ် (FDPIR) / TANF (အကူအညီလိုအပ်နေသော မိသားစုများအတွက် ယာယီထောက်ပံ့ရေး) ဂဏန်း ၇ လုံး၊ အကျိုးအမြတ် ခံစားခွင့်ရှိသူများ၏ အမည်နှင့် အမှန်ပိုင်ကို ထည့်သွင်းပါ။ (သတင်းအချက်အလက် ဖြည့်စွက်၍ အပိုင်း ၅ သို့ကျော်သွားပါ။ လျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ရေးထိုးပါ။ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် မလိုအပ်ပါ။)

3

အထက်တွင်ဖော်ပြထားသည့် မိသားစုရှိ လူများနှင့် ဝင်ငွေရှိကျောင်းသားများကို ဖော်ပြပါ။

ဝင်ငွေမရှိပါက ဖြစ်ရန်	မြတ်တောက်စီ အလုပ်မှဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အလုပ်လက်မခံ ခံစားခွင့်	စက်ဝိုင်းအတွင်း ဖြည့်ပါ။		စက်ဝိုင်းအတွင်း ဖြည့်ပါ။	ပိုင်ဆိုင်မှုများ အပြန်အလှန် ခံစားခွင့် လူမှုဖူလုံရေး SSI, VA စစ်ပြန်ခံစားခွင့်များ	စက်ဝိုင်းအတွင်း ဖြည့်ပါ။		အလုပ် သို့မဟုတ် အခြားဝင်ငွေ	စက်ဝိုင်းအတွင်း ဖြည့်ပါ။
		လစဉ်	နှစ်ပတ်တစ်ခါ			လစဉ်	နှစ်ပတ်တစ်ခါ		
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

4 ကျန်းမာရေး အကူအညီ (MEDICAID) နှင့် ပြည့်စုံသော ကလေးများ၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီအစဉ် (SCHIP) လျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသည့် သတင်းအချက်အလက်များကို Medicaid သို့မဟုတ် SCHIP ရုံးများသို့ အဆိုပါအစီအစဉ်များ ခံစားရရှိနိုင်ရေးအတွက် ဝေပေးပို့ကောင်း ပေးပို့မည် ဖြစ်ပါသည်။ ယခုသတင်းများကို မဖွင့်ဟ၊ မပေးပို့လိုလျှင်လည်း ရပါသည်။ သို့အတွက်ကြောင့် သင့်ကျောင်းသား (များ) ၏ ကျောင်းတွင် အစားအသောက်ခံစားခွင့်ကို ထိခိုက်မည် မဟုတ်ပါ။ အောက်ဖော်ပြပါ အကွက်ကို မဖြည့်ထားပါက သင့်သတင်းကို ဝေပေးလှယ်ပါမည်။

ကျေးဇူးပြု၍ Medicaid သို့မဟုတ် SCHIP ရုံးများသို့ ကျွန်ုပ်၏ သတင်းအချက်အလက်ကို မပို့ပါနှင့်။

5

စုစုပေါင်း အိမ်ထောင်စုဝင် အရေအတွက်ကို ရေးပါ (အပိုင်း ၁ မှ ကျောင်းသားများပါထည့်သွင်းရန်)

အရွယ်ရောက်သူ အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ လူမှုဖူလုံရေးအမှတ် # (နောက်ဆုံးဂဏန်း ၄ လုံးသာ) --- သင့်တွင် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် မရှိပါက အကွက်တွင် ဖြစ်ပေပါ။

6

အိမ်ထောင်စု၏ အရွယ်ရောက်သူ လူကြီးတစ်ဦးက ဤနေရာတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရပါမည်

လျှောက်လွှာအတွက် ဤနေရာတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ

ဤနေရာတွင် ရေးဖြည့်ပါ

လျှောက်လွှာအတွက် ဤနေရာတွင် ရေးဖြည့်ပါ

လ/နေ့/နှစ်

ယနေ့နေ့စွဲ

လိပ်စာ မြို့ တိုက်နယ် ပြန့်ပွားမှု အဓိက ဖုန်း

7 ကလေး၏ မျိုးနွယ်စု/လူမျိုး (ဆန္ဒရှိလျှင်) - မြန်မာ၊ အရှေ့အာရှ၊ အာရှ၊ အာဖရိက၊ အမေရိကန်၊ အခြား

ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် သင့်ကလေး၏ လူမျိုးနှင့် မျိုးနွယ်စုဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များကို မေးမြန်းရန် လိုအပ်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်များမှာ အရေးပါပြီး ကျွန်ုပ်တို့ အသိုက်အဝန်းအား အပြည့်အဝ ဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်ရန် အတွက် ထောက်ပံ့ပေးနိုင်ရန် ဖြစ်ပါသည်။ ဤအပိုင်းအား ဖြည့်စွက်ရန်မှာ သင့်အနုအရွယ်ဖြစ်ပြီး ယင်းအတွက်ကြောင့် သင့်ကလေး၏ အစားအသောက် အခမဲ့ စားသုံးခွင့် သို့မဟုတ် ဈေးနှုန်းလျှော့ပေါ့ခံစားခွင့်အား ထိခိုက်မည် မဟုတ်ပါ။

မျိုးနွယ်စု တစ်ခုကို ရွေးချယ်ပါ - လက်တင်အမေရိက နိုင်ငံသား လက်တင်အမေရိက နိုင်ငံသား မဟုတ်သူများ အာရှသား အာဖရိကန်အမေရိကန်လူမျိုး အမေရိကန်အခြားမျိုးသို့မဟုတ် သေသပ် အလားတူလူမျိုး ဟာဝိုင်းအီ ဒေသသို့ သို့မဟုတ် အခြား ပတ်ဝန်းကျင်မှ ဒေသသားများ