

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ШКОЛЫ ДЕНВЕРА 720-423-5624 или 720-423-5623

2016-2017 Заявление на доп. льготное питание для учащегося

(Данная форма может быть использована только при участии в федеральных программах детского питания) **ПЕРЕД ЗАПОЛНЕНИЕМ ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЯМИ**
РАЗБОРЧИВО ЗАПОЛНИТЕ ЧЕРНЫМИ ЧЕРНИЛАМИ. ТОЛЬКО ОДНО ЗАЯВЛЕНИЕ НА СЕМЬЮ.

1 Информация об учащемся: Укажите всех уч-ся, посещ. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ШКОЛЫ ДЕНВЕРА Отметьте клетку «Приемный» для всех учащихся, находящихся под ответств. велфер-агентства или суда. Если у уч-ся **НЕТ ДОХОДА**, вы **ДОЛЖНЫ** отметить клетку «Нет дохода». Если у уч-ся есть доход, добавьте уч-ся в раздел «Члены семьи», ниже и предоставьте сведения о доходах.

Б Бездомный
М Мигрант
Б Беглец

Приемный ребенок	ID учащегося:	Имя	ОТЧ.	Фамилия	М	М	Дата рождения	Класс	Название школы	Отметьте эту клетку, если у вас нет доходов	Б	М	Б
<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"/>

Проч. док-ты соответствия:
Если учащийся является бездомным, мигрантом или беглецом позвоните в Отдел DPS по св. с бездомными: **720-423-3024 или 720-423-3025.**

2 Программа доп. льготного питания (SNAP) 7 цифр / Программа снабжения индейских резерваций продуктами питания (FDPIR) / TANF (Временная помощь нуждающимся семьям) 7 цифр. Укажите имена и номер дела для лиц, получающих льготы. (Введите сведения и переходите к Части 5. Подпишите заявление. № соц страх. не требуется).

Имя, фамилия: № дела:

3 Укажите **ВСЕХ** прочих членов семьи, не указанных выше, и учащихся с доходом

В день зарплаты, сколько получает каждое лицо до удержаний? Как часто была получка у каждого лица в прошлом месяце? Отсутствие сведений в разделе доходов является подтверждением отсутствия декларируемых доходов.

	Отметьте эту клетку, если у вас нет доходов	Трудовые доходы до удержаний или пособие по безработице	Заштрихуйте кружок		Велфер, пос. на реб./алименты	Заштрихуйте кружок		Пенсии, соц. страх. пом., пособия, SSI, VA (вет.)	Заштрихуйте кружок		Вторая работа или иные доходы	Заштрихуйте кружок	
			Как часто?	Как часто?		Как часто?	Как часто?						
<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 MEDICAID и (ИЛИ) ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЕТЕЙ (SCHIP)

Сведения в Заявлении могут быть переданы в Medicaid or SCHIP для регистрации детей в указанных программах. Вашего согласия на распространение этой информации не требуется; это не повлияет на решение о льготном школьном питании для ваших детей

Если не отмечена клетка ниже, то сведения БУДУТ переданы.

НЕ передавайте мои сведения в управления Medicaid или SCHIP.

5 УКАЖИТЕ ОБЩЕЕ КОЛ-ВО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ (включая уч-ся, указанного в Разделе 1).

Я подтверждаю точность представленных сведений и сообщение обо всех доходах. Мне известно, что школа получит федеральные средства на основании предоставленной мной информации. Мне известно, что администрация школы может проверить данные сведения. Мне также известно, что умышленное предоставление ложной информации может лишить моих детей права на льготное питание, а против меня может быть возбуждено уголовное дело. Мне известно, что статус моего ребенка в отношении предоставления льготного питания может быть раскрыт, согласно действующему законодательству.

№ соц. страх. взрослых членов семьи (только последние 4 цифры) Отметьте эту клетку если у вас нет номера социального страхования.

6 **ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ПОДПИСЬ КАЖДОГО ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ** ПОДПИШИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ЗДЕСЬ И РАЗБОРЧИВО ЗДЕСЬ ЗАПОЛНИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ РАЗБОРЧИВЫМ ПОЧЕРКОМ ММ/ДД/ГГ Сегодняшняя дата

Адрес Город: Почт. индекс Основной телефон

7 Мы обязаны запросить информацию о расе и этнической принадлежности ваших детей. Эта информация важна и позволяет убедиться в эффективности нашей работы на благо общества. Ответы на вопросы этого раздела не являются обязательными и не влияют на предоставление вашим детям право на бесплатное или льготное питание.

Этнич. прин. /раса ребенка (по желанию) Выберите одну этнич. прин.: ИСПАН./ЛАТИНОС НЕ ИСПАН./ЛАТИНОС БЕЛЫЙ АЗИАТ ЧЕРНОКОЖ. ИЛИ АФРОАМЕРИКАНЕЦ АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ ИЛИ УРОЖЕНЕЦ АЛЯСКИ УРОЖЕНЕЦ ГАВАЙСКИХ О-ВОВ ИЛИ ИНЫХ О-ВОВ ТИХОГО ОКЕАНА