|  |  |
| --- | --- |
|  | OFFICE OF SUPERINTENDENT OF PUBLIC INSTRUCTION  Child Nutrition Services (خدمات تغذية الأطفال)  Old Capitol Building  PO BOX 47200  Olympia WA 98504-7200  **مركز رعاية الكبار**  **طلب استحقاق الدخل** |

|  |  |
| --- | --- |
| **الجزء الأول- معلومات المشارك البالغ** | |
| **اسم الشخص البالغ** | **السن** |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الجزء الثاني- يحصل أحد أفراد الأسرة على Basic Food (طعام أساسي) أو FDPIR، أو مشارك (مشاركين) يحصل على SSI أو MEDICAID -  فينبغي إدراج فرد واحد فقط من أفراد الأسرة يتلقى طعامًا أساسيًا أو برنامج توزيع الغذاء على الحجوزات الهندية من أجل إثبات استحقاق الحصول على وجبات مجانية. يؤهل SSI أو Medicaid هذا الفرد فقط.** | | |
| **الاسم** | **ضع دائرة واحدة** | **رقم الحالة أو رقم الهوية** |
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Basic Food (الطعام الأساسي) | FDPIR | SSI | Medicaid | |  |
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Basic Food (الطعام الأساسي) | FDPIR | SSI | ميديكيد | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الجزء الثالث- إجمالي دخل الأسرة من الشهر الماضي-غير مطلوب إذا أوضحت رقم الحالة في الجزء الثاني.** | | | | | |
| يعتبر الكبار الذين يعانون من ضعف وظيفي ويعيشون مع والديهم "أسرة" منفصلة عن والديهم. أكمل الجزء الثالث فقط إذا كان استحقاق الدخل يعتمد على الدخل. | | | | | |
| **الأسماء (الاسم الأول واللقب)**  **حدد المشارك (المشاركين) فقط، والزوج، والأطفال المشاركين المعالين** | **إجمالي الدخل من الشهر الماضي (أو صافي الدخل إذا كنت تعمل عملًا حرًا)**  **حدد لنا المقدار وعدد المرات إذا كان غير موجود، اكتب "صفر".** | | | | |
| **الأجر المُكتسب من العمل قبل الاستقطاعات** | | **النقة،**  **إعالة الأطفال،** | **التقاعد، المعاشات، الضمان الاجتماعي** | **وظيفة ثانية أو أي دخل آخر** |
| *Jane Smith (على سبيل المثال)* | *500$ شهريًا* | |  | *400$ شهريًا* | *100$ أسبوعيًا* |
| 1. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 2. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 3. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 4. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 5. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| 6. | $      / | | $      / | $      / | $      / |
| عندما يكون أحد المشاركين مؤهلاً بناءً على الجزء الثالث، في إجمالي دخل الأسرة، فينبغي ذكر الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بالمشارك أو تحديد المربع بأنه لا يوجد رقم. | | | | | |
| رقم الضمان الاجتماعي للمشارك من الكبار (آخر أربعة أرقام) XXX-XX- | | لا يوجد لديّ رقم ضمان اجتماعي. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **الجزء الرابع- التوقيع والتوثيق** | |
| عقوبات تحريف المعلومات: أقر بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وسارية، وأنه تم توضيح الدخل كله. أفهم أن تلك المعلومات مُقدمة من أجل تلقي الأموال الفيدرالية؛ وأنه قد يتم التحقق من المعلومات المذكورة في الطلب، وأن التحريف المتعمد للمعلومات قد يعرضني للمقاضاة بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية واجبة التطبيق.  يتعين على المشارك من الكبار أو أحد أفراد الأسرة أو الوصي التوقيع وذكر التاريخ. | |
| توقيع الشخص البالغ التاريخ | كتابة اسم الشخص البالغ المُوقع |
|  | علاقته بالمشارك |
| العنوان المدينة/الولاية/الرمز البريدي | اليوم الوقت الهاتف |

|  |
| --- |
| **الجزء الخامس- الهوية العرقية والعنصرية للمشارك (لست مُلزمًا بالإجابة عليه)** |
| حدد الفئة العرقية والعنصرية للمشارك من الكبار. نحتاج إلى تلك المعلومات للتأكد من تلقي كل شخص الإعانات بشكل عادل.  العرق:  من أصل إسباني أو لاتيني لن يحدث تمييز ضد أي مشارك من الكبار بسبب العرق،  ليس من أصل إسباني أو لاتيني اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو السن أو الإعاقة  العنصر:  أبيض البشرة  أسود البشرة أو أمريكي أفريقي  آسيوي  من سكان أمريكا الأصليين أو سكان ألاسكا الأصليين  من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ  متعدد الأعراق |

|  |
| --- |
| **بيان القانون الخاص:** يتطلب قانون Richard B. Russell الوطني للغداء المدرسي وجود المعلومات المُحددة في هذا الطلب. لست مضطرًا لتقديم المعلومات، ولكن إذا لم تقدمها، فلا يمكننا الموافقة على حصول المشارك على وجبات مجانية أو بسعرٍ مُخفض. يتعين إدراج الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي لأحد أفراد الأسرة البالغين الذي يوقع على الطلب. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب عند إدراج رقم حالة برنامج Basic Food (الغذاء الأساسي) أو برنامج Food Distribution Program on Indian Reservations (توزيع الغذاء على الحجوزات الهندية) (FDPIR)، أو Supplemental Security Income )دخل الضمان التكميلي( (SSI) أو رقم حالة Medicaid للمشارك أو معرّف برنامج (FDPIR) آخر أو عند الإشارة إلى أن أحد أفراد الأسرة البالغين المُوقع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سنستخدم معلوماتك لتحديد ما إذا كان المشارك مستحقًا للحصول على وجبات مجانية أم مُخفضة، وكذلك في إدارة البرنامج وتنفيذه. |

|  |
| --- |
| **خاص باستخدام المركز فقط** |
| للمشارك (للمشاركين) الحرية في التصنيف استنادًا إلى  Basic Food (برنامج الغذاء الأساسي)  FDPIR  SSI  Medicaid  مقارنة الدخل السنوي: أسبوعيًا × 52، كل أسبوعين × 26، مرتين في الشهر × 24، شهريًا × 12  يتأهل المشارك (المشاركين) المُدرج بهذا النموذج وهو غير مستحق بشكل قاطع على النحو التالي:  حدد خيارًا واحدًا:  مجاني  بسعرٍ مخفض  أعلى من المستوى إجمالي الدخل: $  سنويًا  شهريًا  مرتين شهريًا  كل أسبوعين  أسبوعيًا    توقيع ممثل المؤسسة التاريخ  **غير صالح من دون التوقيع والتاريخ**  تاريخ سريان :IEA إذا كانت المؤسسة تستخدم تاريخ توقيع المشارك أو أحد أفراد الأسرة أو الوصي على أنه تاريخ السريان، فينبغي أن يكون النموذج مُوقعًا من ممثل المؤسسة في غضون الشهر الذي وقع فيه المشارك أو أحد أفراد الأسرة أو الوصي على النموذج أو في الشهر التالي له مباشرةً. في حال عدم تقييم ممثل المؤسسة والتوقيع على IEA وفقًا لتلك التوجيهات، فينبغي استخدام تاريخ توقيع ممثل المؤسسة على أنها تاريخ السريان. |