

**2017-18 APLIKASYON NG SAMBAHAYAN PARA SA LIBRE AT PINABABANG -PRESYO NG MGA PAGKAIN
MGA PAMPUBLIKONG PAARALAN NG SEATTLE**

Kumpletuhin, lagdaan, at ibalik ang aplikasyon sa silid kainan ng paaralan ng inyong anak o direktang ipadala sa: Nutrition Services – MS 32-372, PO Box 34165, Seattle, WA 98124.

Maaari rin ifax ang aplikasyon direkta sa Serbisyo ng Nutrisyon (Nutrition Services) sa 206-252-0664; o email sa: nutritionservices@seattleschools.org

Tsekan dito kung kayo ay nakatanggap na ng benepisyo noong isang taon:

1. Ilista **lahat ang mga mag-aaral** na nakatira sa inyo na pumapasok sa paaralan. Kung ang mag-aaral ay anak-anakan, walang tirahan, o dayuhan, ipakita sa paglalagay ng “x” sa nararapat na kahon. Isama ang personal na kita na tinanggap ng mag-aaral ay gumawa ng “x” sa tamang kahon kung gaano kadalas ito tinanggap.

Apelyido ng Mag-aaral	Unang Pangalan ng Mag-aaral	MI	Walang Tirahan	Dayuhan	Anak-anakan	Araw ng Kapanganakan	Paaralan	Grado	Kita ng Mag-aaral	Lingguhan	Kada 2 Linggo	2 X kada Buwan	Buwanan
			<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"/>

2. Kung sinuman ang mga Miyembro ng Sambahayan (kabilang ang sarili) na kasalukuyang tumanggap na isa o marami sa sumusunod na mga programa na tulong pakisulat ang numero ng kaso. Kung wala pumunta sa hakbang 3. Basic Food TANF FDPIR Numero ng Kaso: _____

3. Ilista ang mga pangalan ng lahat ng ibang miyembro ng sambahayan – Isulat ang kita (sa buong dolyar) at TSEKAN kung gaano kadalas tinanggap. Kung isang miyembro ng sambahayan ay walang kita, isulat ang 0. Kapag isinulat ang 0 o iniwanang blanko ang seksyon ng kita, kayo ay nangangako ng walang kitang irerepot. Kung may numero ng kaso na nakalista sa hakbang 2, laktawan ang hakbang 3.

Pangalan ng LAHAT ng ibang miyembro ng sambahayan (huwag isama ang mga pangalan ng mga mag-aaral na nakalista sa itaas)	Anak-anakan	Mga kinita sa pagtatrabaho (bago ang bawas)	Lingguhan	Kada 2 Linggo	2 X kada Buwan	Buwanan	Tulong ng Publiko/Suporta ng Bata/Sustento	Lingguhan	Kada 2 Linggo	2 X kada Buwan	Buwanan	Pensiyon/Pagretiro/Social Security (SSI)	Lingguhan	Kada 2 Linggo	2 X kada Buwan	Buwanan	Anumang Ibang Kita na Hindi Nakalista	Lingguhan	Kada 2 Linggo	2 X kada Buwan	Buwanan
	<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"/>	\$	<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"/>

4. Kabuuang Miyebro ng Sambahayan (isama ang lahat ng taong nakatira sa inyong bahay): Huling Apat na Numero ng Social Security (SSN) ni Tsekan kung walang SSN:
(ang kabuuang nakalista ay kailangang katumbas ng bilang na miyembro ng kasambahay na nakalista sa itaas) **Pangunahing Kumikita o Ibang mga Miyembrong Kasambahay**

5. **Impormasyon ng Tatawagan & Lagda** – Pinatutunayan (pinapangako) na ang lahat na impormasyon na nasa aplikasyon ito ay totoo ang lahat ng kita ay nakaulat. Nauunawaan ko na makakakuha ang paaralan ng mga pondong Pederal at ang opisyal ng paaralan ay maaaring berepikahin (tsekin) ang impormasyon. Nauunawaan ko na kapag sinadya kong magbigay ng maling impormasyon, maaaring mawalan ng benepisyo sa pagkain ang aking anak at ako ay maaari maparusahan sa ilalim ng mga batas ng estado at pederal.

_____	_____	_____
Limbag na Pangalan ng Matandang Miyembro ng Kasambahay	Tirahan	E-mail Address
_____	_____	_____
Lagda ng Matandang Miyembro ng Kasambahay	Lungsod, Estado & Sipkod	Telepono
		Petsa

6. Pinagmulang Lahi at Etnikong Pagkakakilanlan ng Bata (Opsiyonal)

Markahan ang isa o higit pang pinagmulan lahi: Katutubong Amerikano o Katutubo ng Alaska Asyano Markahan ang isang etnikong pinagmulan :
 Itim Katutubong Hawayano o Ibang Taga-Isla sa Pasipiko Hispaniko o Latino
 Puti Hindi Hispaniko o Latino

7. Ibang mga Benepisyo – Paki tsek ang kahon sa harap ng programa na gusto mong kabahagi ng kalagayang libre o pinababang halaga ng pagkain ng inyong anak upang maging kuwalipikado para sa pagpapababa ng bayad:

- Bayarin sa Pagdiriwang Lakbay Aral Seguro sa Kalusugan/sa Ngipin/sa Pangingin Pagsusulit sa Paglalagay sa Abanteng Pag-aaral Mga Aklat sa Running Start Bayarin sa Palakasan
 Bayarin sa Associated Student Body (ASB) Mga Pagsusulit Bago Magkolehiyo(PSAT/SAT/ACT) Bayarin sa Pag-aplay sa Kolehiyo

Sa paglagda sa ibaba, pinapayagan ko na ibahagi ang impormasyon na nasa aplikasyon ito sa ibang (mga) programa na aking inilagay.

_____ Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga

_____ Petsa

Ang **Richard B. Russell National School Lunch Act** ay nag-uutos ng impormasyon sa aplikasyong ito. Hindi ninyo kailangan na ibigay ang impormasyon subali't kung hindi ninyo gagawin, hindi namin aaprubahan ang libre o pinababang halaga ng pagkain ng inyong anak. Kailangan ninyong ilagay ang huling apat na numero ng social security ng matandang kasambahay na lumagda sa aplikasyon. Ang huling apat na numero ng inyong social security ay hindi kailangan kapag nag-aplay kayo para sa isang anak-anakan o inilista ninyo ang Programa sa Tulong sa Karagdagang Nutrisyon (Basic Food), Programa sa Pansamantalang Tulong para sa Mahihirap na Pamilya(TANF) o Programa sa Pagbibigay ng Pagkain sa Indian Reservations (FDPIR) na numero ng kaso o ibang FDPIR na pagkakakilanlan para sa iyong anak o kapag iyong inilagay na ang miyembrong matandang kasambahay na lumagda sa aplikasyon ay walang numero ng social security. Gagamitin namin ang inyong impormasyon upang alamin kung ang inyong anak ay karapat-dapat para sa libre o pinababang halaga ng pagkain, at para sa pamamahala at pagpapatupad ng mga programa sa libre o pinababang halaga ng pagkain, at para sa pamamahala at pagpapatupad ng mga programa sa tanghalian at agahan.

Maaari naming ibahagi ang impormasyon sa pagiging dapat sa mga programa na para sa edukasyon, kalusugan at nutrisyon upang makatulong sa kanila na pag-aralan, pondohan, o tiyakin ang mga benepisyo para sa kanilang mga programa, mga taga-suri para magsuri ng programa at mga opisyal na nagpapatupad ng batas upang makatulong sa kanila na makita ang mga paglabag sa mga alituntunin ng programa.

Alinsunod sa batas Pederal sa karapatang sibil at sa mga patakaran at regulasyon ng karapatang sibil ng Departamento ng Agrikultura ng U.S. (USDA) ang USDA, ang kanyang mga ahensiya, tanggapan at mga kawani at mga institusyon na sumasali sa o nangangasiwa ng mga programa ng USDA ay pinagbabawalan sa pagdiskriminasyon batay sa lahi, kulay, pinagmulan, kasarian, kapansanan, edad, o pagganti sa nakaraang aktibidad ng karapatang sibil sa anumang programa o aktibidad na ginawa o pinondohan ng USDA. .

Ang mga tao na may kapansanan na nangangailangan ng alternatibong paraan ng komunikasyon para sa impormasyon sa programa (hal. Braille, malaking sulat, audiotape, Amerikanong Wikang Pasenyas, atbp.), ay kailangan kontak ang Ahensiya (Estado o lokal) kung saan sila mag-aaplay ng benepisyo. Ang mga indibidwal na bingi, mahirap makarinig, o mayroong kapansanan sa pagsasalita ay maaring kontak ang USDA sa pamamagitan ng Federal Relay Service sa (800) 877-8339. Sa karagdagan, ang impormasyon sa programa ay maaring ibigay sa mga wika bukod sa Ingles.

Upang magsampa ng reklamo ng diskriminasyon sa programa, kumpletuhin ang Pormularyo sa Reklamo sa Diskriminasyon na Programa ng USDA (Program Discrimination Complaint Form), (AD-3027) na makikita sa online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, at sa anumang tanggapan ng USDA, o sumulat sa USDA at isulat ang lahat ng impormasyon na hinihingi sa pormularyo. Upang humingi ng kopya ng pormularyo ng reklamo, tawagan ang (866) 632-9992. Isumite ang inyong kumpletong pormularyo o sulat sa USDA sa koreo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o email: program.intake@usda.gov.

Ang institusyon na ito ay isang pantay na tagabigay ng pagkakataon.

GAMIT NG PAARALAN LAMANG – HUWAG SULATAN ANG IBABA NG LINYA / SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.

(Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Income Household
 Total Household Size _____ Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual
 Total Household Income \$ _____

APPLICATION APPROVED FOR: Free Meals Reduced-Price Meals
APPLICATION DENIED BECAUSE: Income Over Allowed Amount Incomplete/Missing Information Other: _____

_____ Date Notice Sent

_____ Signature of Approving Official

_____ Date