

กรอกใบสมัครเพียงหนึ่งครั้งต่อหนึ่งครัวเรือน กรุณาใช้ปากกา (ห้ามใช้ดินสอ)

ขั้นตอนที่ 1 แจกแจงสมาชิกในครอบครัวที่เป็นทารก เด็ก และนักเรียนจนถึงเกรด 12 (หากต้องการพื้นที่เพิ่มสำหรับบุคคลเพิ่มเติม ให้แนบกระดาษเพิ่มได้)

คำนิยามของสมาชิกในครอบครัว:
"ใครก็ตามที่อยู่อาศัยอยู่กับคุณ และร่วมแบ่งปันรายได้และรายจ่าย ถึงแม้ว่าจะไม่เกี่ยวข้องทางสายเลือดก็ตาม"

เด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์และเด็กที่เข้าข่ายเป็นเด็กไร้บ้าน ผู้หยพ หรือเด็กหนีออกจากบ้าน มีสิทธิ์ได้รับอาหารฟรี สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูวิธีการสมัครขอรับอาหารโรงเรียนแบบราคาถูกลงและแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย

ชื่อต้นของเด็ก	อักษรย่อชื่อกลาง	นามสกุลของเด็ก	เกรด	เป็นนักเรียนหรือไม่ เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/>	เด็กไร้บ้าน ผู้หยพ เด็กสงเคราะห์ เด็กหนีออกจากบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 มีสมาชิกคนใดในครอบครัว (รวมทั้งคุณ) เข้าร่วมอย่างน้อยหนึ่งในโครงการช่วยเหลือต่อไปนี้หรือไม่: SNAP, TANF หรือ FDPIR

หากไม่ > ไปยังขั้นตอนที่ 3 หากใช่ > เขียนหมายเลขประจำตัวของโครงการที่นี้ แล้วไปยังขั้นตอนที่ 4 (ไม่ต้องกรอกขั้นตอนที่ 3)

หมายเลขประจำตัวของโครงการ:

เขียนเฉพาะหมายเลขประจำตัวของโครงการในช่องนี้

ขั้นตอนที่ 3 รายงานรายได้ของสมาชิกครอบครัวทั้งหมด (ข้ามขั้นตอนนี้ไป หากคุณตอบ "ใช่" ในขั้นตอนที่ 2)

คุณไม่แน่ใจว่าต้องใส่รายได้อะไรไว้ตรงนี้อ้างใช้ไหม

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาพลิกหน้ากระดาษและอ่านตารางที่ชื่อ "แหล่งที่มาของรายได้"

ตาราง "แหล่งที่มาของรายได้สำหรับเด็ก" จะช่วยคุณกรอกข้อมูลในส่วนของรายได้ของเด็กได้

ตาราง "แหล่งที่มาของรายได้สำหรับผู้ใหญ่" จะช่วยคุณกรอกข้อมูลในส่วนของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมดได้

ก. รายได้ของเด็ก
บางครั้งเด็กในครอบครัวก็สามารถหาหรือได้รับรายได้ได้เช่นกัน กรุณากรอกรายได้ทั้งหมดที่ได้รับจากสมาชิกครอบครัวทุกคนตามที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1 ในใบสมัครนี้

รายได้ของเด็ก	\$	<input style="width: 100%;" type="text"/>	บอตนเคโทน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			ทุกสัปดาห์	ทุกสองสัปดาห์	สองหรือสี่เดือน	ทุกเดือน	

ข. สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด (รวมทั้งตัวคุณเอง)
แจกแจงสมาชิกครอบครัวทั้งหมดที่ไม่ได้ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 1 (รวมทั้งตัวคุณเอง) ถึงแม้ว่าพวกเขาจะไม่มียาได้ก็ตาม สำหรับสมาชิกครอบครัวแต่ละคนระบุไว้ หากพวกเขาไม่มียาได้ ให้รายงานรายได้รวมทั้งทั้งหมด (ก่อนหักภาษี) สำหรับแหล่งที่มาของรายได้แต่ละแหล่งเป็นเงินดอลลาร์ (ไม่นับจำนวนเซ็นต์) หากพวกเขาไม่ได้รับรายได้จากแหล่งใด ๆ เลข ให้เขียน "0" หากคุณกรอก "0" หรือเว้นช่องว่างไว้ คุณยืนยัน (ยอมรับ) ว่าไม่มียาได้ที่จะรายงาน

ชื่อสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ (ชื่อและนามสกุล)	รายได้จากการทำงาน	\$	<input style="width: 100%;" type="text"/>	บอตนเคโทน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ความช่วยเหลือจากรัฐบาล / หน่วยงานช่วยเหลือเด็ก / หน่วยงานอุปการะเลี้ยงดู	\$	<input style="width: 100%;" type="text"/>	บอตนเคโทน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

เงินบำนาญ / เงินเกษียณ / รายได้อื่น ๆ ทั้งหมด	\$	<input style="width: 100%;" type="text"/>	บอตนเคโทน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สมาชิกครอบครัวทั้งหมด (เด็กและผู้ใหญ่)

ตัวเลข 4 ตัวสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคม (SSN) ของผู้มีรายได้หลักหรือสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ที่เป็นผู้ใหญ่

เลือกหากไม่มี SSN

ขั้นตอนที่ 4 ข้อมูลติดต่อและลายมือชื่อของผู้ใหญ่

"ข้าพเจ้ายืนยัน (ยอมรับ) ว่าข้อมูลทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นจริง และได้รับรายงานรายได้ทั้งหมดแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลข้าพเจ้าทำให้ฉันมีสิทธิเกี่ยวข้องกับได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง และข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าประสงค์ที่จะให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุตรหลานของข้าพเจ้าอาจเสียดำเนินการขอความช่วยเหลือด้านอาหารได้ และข้าพเจ้าอาจถูกฟ้องดำเนินคดีหากข้าพเจ้าให้ข้อมูลเท็จหรือข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง"

เลขที่บ้าน (หากมี)	อาคาร #	เมือง	รัฐ
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ชื่อบรรจบของผู้ใหญ่ที่ลงชื่อในใบสมัครนี้	ลายมือชื่อของผู้ใหญ่	รหัสไปรษณีย์	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อระหว่างวันและอีเมล (หากมี)
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		ลงวันที่ ณ ปัจจุบัน	
		<input style="width: 100%;" type="text"/>	

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับเด็ก	
แหล่งที่มาของรายได้ของเด็ก	ตัวอย่าง
- รายได้จากการทำงาน	- เด็กมีงานเต็มเวลาหรือไม่เต็มเวลาที่ทำเป็นประจำ ซึ่งเป็นงานที่พวกเขาได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง
- ประกันสังคม - เบี้ยเลี้ยงผู้พิการ - สิทธิประโยชน์ของคนที่ยังมีชีวิตอยู่	- เด็กพิการทางสายตาหรือหูหนวก และได้รับสิทธิประโยชน์ประกันสังคม - พ่อแม่ทุพพลภาพ เกษียณ หรือเสียชีวิต และเด็กได้รับสิทธิประโยชน์ประกันสังคม
- รายได้จากบุคคลที่อยู่นอกครอบครัว	- เพื่อนหรือครอบครัวชายที่ไม่ใช่เงินแก่เด็กเพื่อการใช้จ่ายเป็นประจำ
- รายได้จากแหล่งที่มาอื่น ๆ	- เด็กได้รับรายได้เป็นประจำจากกองทุนเงินบำนาญเอกชน เงินรายปี หรือทรัสต์

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับผู้ใหญ่		
รายได้จากการทำงาน	ความช่วยเหลือของหน่วยงานสาธารณะ / หน่วยงานอุปการะเลี้ยงดู / หน่วยงานช่วยเหลือเด็ก	เงินบำนาญ / เงินเกษียณ / รายได้อื่น ๆ ทั้งหมด
- เงินเดือน ค่าจ้าง โบนัสเงินสด - รายได้จากการทำงานเป็นงานจ้างคนเอง (พาร์ทเนอร์หรือหุ้นส่วน) หากลูกทำงานในกองทัพสหรัฐฯ: - เงินเดือนพื้นฐานและโบนัสเงินสด (ไม่รวมเงินพิเศษสำหรับการศึกษา, เงินช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่ครอบครัว หรือค่าที่หักภาษีของข้าราชการ) - ค่าที่หักภาษีเมื่อออกประจำการนอกฐานค่าอาหาร และค่าเสื้อผ้า	- สิทธิประโยชน์ของผู้ว่างงาน - เงินชดเชยแรงงาน - รายได้เสริมจากประกันสังคม (SSI) - เงินสดช่วยเหลือจากรัฐหรือรัฐบาลท้องถิ่น - เงินอุปการะ - เงินช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรหลาน - สิทธิประโยชน์ของทหารผ่านศึก - สิทธิประโยชน์จากการหยุดงาน	- ประกันสังคม (รวมสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงานรถไฟที่เกษียณแล้วและสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงานในเหมือง) - เงินบำนาญจากเอกชน หรือสิทธิประโยชน์จากหน่วยงานช่วยเหลือผู้พิการ - รายได้ประจำการทรัสต์หรืออสังหาริมทรัพย์ - เงินรายปีต่าง ๆ - รายได้จากการลงทุน - กำไรที่ได้รับ - รายได้จากการปล่อยเช่า - รายได้ที่เงินสด ซึ่งได้รับจากภายนอกครอบครัวเป็นประจำ

ข้อมูลเพิ่มเติม ๆ

เชื้อชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ของคุณ

เราจำเป็นต้องสอบถามถึงข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ของคุณเพราะข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต่อเราในการจัดสรรเงินช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากส่วนนี้เป็นข้อมูลเสริม และจะไม่มีส่งผลกระทบต่อคุณสมบัตินของคุณหรือการเข้าถึงบริการของเรา

กลุ่มชาติพันธุ์ (เลือกเพียงหนึ่งข้อ): อีสเปนิชหรือละติน ไม่ใช่อีสเปนิชหรือละติน

เชื้อชาติ (เลือกหนึ่งข้อหรือมากกว่า): อเมริกันอินเดียนหรือชนพื้นเมืองอาลาสกา เอเชีย ผิวดำหรือแอฟริกันอเมริกัน ชนพื้นเมืองฮาวายหรือกลุ่มชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ ผิวดำ

กฎหมายด้วยอาหารมื้อกลางวัน ริชาร์ด บี รัสเซลล์ (Richard B. Russell National School Lunch Act) จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากโบสถ์ของคุณไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูล แต่หากคุณไม่สามารถระบุข้อมูลของคุณได้ เราขอแนะนำให้ติดต่อสำนักงานของคุณเพื่อขอความช่วยเหลือเพิ่มเติม

คำสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคมของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ถือเอกสารใบสมัครของคุณ 4 คำสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคมของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ถือเอกสารใบสมัครของคุณ 4 คำสุดท้ายของหมายเลขประกันสังคมของคุณสมัครแทนเด็กสงเคราะห์หรือเมื่อคุณได้รับอนุญาตประจำตัวสำหรับโครงการสมทบอาหาร (Supplemental Nutrition Assistance Program หรือ SNAP), โครงการความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวยากจน (Temporary Assistance for Needy Families หรือ TANF), โครงการแจกจ่ายอาหารในพื้นที่สงวนของอินเดีย (Food Distribution Program on Indian Reservations หรือ FDIPIR) หรือหมายเลข FDIPIR อื่น ๆ สำหรับบุตรหลานของคุณ หรือเมื่อคุณระบุว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ถือเอกสารใบสมัครที่ไม่มีหมายเลขประกันสังคม

เราขอใช้ข้อมูลของคุณในการกำหนดว่าบุตรหลานของคุณมีคุณสมบัติพร้อมที่จะได้รับอาหารแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือแบบมีราคาถูกลงหรือไม่

รวมทั้งการบริหารจัดการและการบังคับใช้โครงการอาหารกลางวันและอาหารเช้า เราอาจแบ่งปันข้อมูลของคุณกับหน่วยงานการศึกษา สุขภาพ และอาหารเพื่อช่วยพวกเขาในการประเมิน สมทบทุน หรือกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับโครงการ ผู้ตรวจสอบบัญชีสามารถตรวจสอบโครงการ และเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเพื่อช่วยพวกเขาสอดคล้องการละเมิดกฎของโครงการดังกล่าว

บุคคลทุพพลภาพที่จำเป็นต้องมีวิธีการสื่อสารทางเลือกสำหรับข้อมูลโครงการ (เช่น อักษรเบรลล์ การพิมพ์ตัวใหญ่ แป้นเสียง ภาษาอเมริกัน 14c) ควรติดต่อหน่วยงาน (รัฐหรือท้องถิ่น) ที่ตนเองสมัครขอรับสิทธิประโยชน์ บุคคลที่หูหนวกหรือมีปัญหาลำบากในการได้ยินหรือพิการทางการพูดสามารถติดต่อ USDA ผ่านทาง Federal Relay Service ได้ที่ (800) 877-8339 นอกจากนี้ ข้อมูลโครงการอาจมีไว้ในภาษาอื่น ๆ นอกเหนือจากภาษาอังกฤษด้วย

หากต้องการส่งคำร้องเรียนโครงการถึงการเลือกปฏิบัติ ให้กรอกแบบฟอร์มคำร้องเรียนการเลือกปฏิบัติในโครงการของ USDA (AD-3027) ที่สามารถรับได้ทางออนไลน์ที่: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html หรือที่สำนักงาน USDA ได้ทุกแห่ง หรือส่งจดหมายที่มีข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนดในแบบฟอร์มมายัง USDA หากต้องการขอรับสำเนาแบบฟอร์มร้องเรียน ให้โทรศัพท์ติดต่อได้ที่ (866) 632-9992

ส่งแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนหรือจดหมายของคุณมายัง USDA โดย:

ไปรษณีย์: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

โทรสาร: (202) 690-7442; หรือ

อีเมล: program.intake@usda.gov

หน่วยงานนี้เป็นผู้ให้โอกาสอย่างเท่าเทียมกัน

ไม่ต้องกรอก

สำหรับโรงเรียนเท่านั้น

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total Income

Household size

Categorical Eligibility

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Determining Official's Signature Date

Confirming Official's Signature Date

Verifying Official's Signature Date