

# MERENDA GRATUITA OU COM PREÇO REDUZIDO EM MASSACHUSETTS

## SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS NA MERENDA PARA A FAMÍLIA

ANO LETIVO DE 2011 – 2012

Se você recebeu o AVISO DE CERTIFICAÇÃO DIRETA do distrito escolar sobre merenda gratuita, **não** preencha este formulário. Por favor, notifique a escola se alguma criança de sua residência não estiver listada no **Aviso de Certificação Direta** que você recebeu.

**PARTE 1:** Liste todas as pessoas de sua casa, incluindo as crianças que desejam merenda escolar, irmãos e os pais das crianças que moram na mesma casa. Inclua também outros parentes e amigos que moram na casa, se vocês vivem como uma única unidade econômica. (Leia as instruções)

NOME DE <b>TODAS</b> AS PESSOAS QUE MORAM EM SUA CASA (NOME, INICIAL, SOBRENOME)	NOME DA ESCOLA DE CADA CRIANÇA	SÉRIE	ASSINALE SE A CRIANÇA É ADOTADA - FOSTER CHILD (RESPONSABILIDADE LEGAL DE UMA AGÊNCIA DE WELFARE OU CORTE)  * SE TODAS AS CRIANÇAS ABAIXO FOREM ADOTADAS -FOSTER CHILDREN- PULE PARA A PARTE 5.	ASSINALE SE A PESSOA <b>NÃO TEM</b> RENDA
			<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"/>

**PARTE 2:** Se alguma pessoa de sua residência recebe SNAP (food stamp), benefícios FDPIR ou TAFDC, por favor, escreva o Número de Identificação da Agência localizado à direita, no topo da carta de benefício do Departamento de Assistência Transicional (DTA). **Se você escrever o Número de Identificação da Agência, pule para a Parte 5 e assine este formulário.**

Número de Identificação da Agência: \_\_\_\_\_ \*\* Não escreva o numero de seu cartão EBT.

**PARTE 3:** Alguma criança em idade escolar que mora com você é considerada homeless ou fugida da casa? Sim  Não

Se você respondeu sim, ligue para o coordenador de merenda para pessoas sem moradia: # \_\_\_\_\_ (Telefone do distrito)

**PARTE 4: RENDIMENTO BRUTO TOTAL DA FAMÍLIA:** Escreva o valor do rendimento/frequência na tabela abaixo.

NOME (LISTE <b>TODAS</b> AS PESSOAS DA RESIDÊNCIA COM RENDIMENTOS)	RENDIMENTOS ANTES DE IMPOSTOS/DEDUÇÕES	PENSÃO ALIMENTÍCIA PARA ADULTO OU CRIANÇA	PENSÕES, APOSENTADORIA, SOCIAL SECURITY, SSI, BENEFÍCIOS DE VA	QUALQUER OUTRO RENDIMENTO
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

**PARTE 5: ASSINATURA.** Um dos pais ou responsável deverá assinar esta solicitação (leia a Declaração do Ato de Privacidade no verso desta página). Eu certifico (prometo) que toda a informação neste formulário é verdadeira e que todos os rendimentos foram declarados. Entendo que a escola receberá verba federal baseada na informação que eu dei. Entendo que oficiais da escola poderão conferir essas informações. Entendo que, se eu der informações falsas, meus filhos poderão perder os benefícios de merenda e eu poderei ser processado. Um adulto membro da família deve assinar este formulário. Se a Parte 4 estiver completa, o adulto assinando o formulário deverá listar os 4 últimos números de seu Número do Social Security ou marcar no espaço "Marcar aqui se você não tem um Número do Social Security". (Leia a Declaração do Ato de Privacidade no verso dessa folha.)

ASSINE AQUI: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

ÚLTIMOS 4

DÍGITOS DO NÚMERO DO SOCIAL SECURITY: \*\*\* - \*\* - \_\_\_\_\_  Marque aqui se você não tiver o Número do Social Security

**Parte 6: ETNIA E IDENTIDADE RACIAL DAS CRIANÇAS (OPCIONAL)**

Escolha uma etnia:

- Hispânico/Latino  
 Não Hispânico/Latino

Escolha uma ou mais (independente da etnia):

- Asiático       Índio Americano ou Nativo do Alaska       Negro ou Afro-Americano  
 Branco       Nativo do Hawaii ou outra ilha do Pacífico

**NÃO PREENCHA ESTA PARTE. PARA USO DA ESCOLA SOMENTE.****Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12**Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_\_\_ Reduced \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

Temporary: Free \_\_\_\_\_ Reduced \_\_\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after 45 days)

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Sua(s) criança(s) pode(m) se qualificar para merenda gratuita ou com preço reduzido se o rendimento de sua família ficar dentro ou abaixo dos limites desta tabela. Sua(s) criança(s) também pode(m) se qualificar para merenda gratuita se alguém em sua família receber SNAP (food stamps) ou TAFDC (ajuda em dinheiro) independente dos limites de rendimento desta tabela.

TABELA FEDERAL DE QUALIFICAÇÃO DE RENDA 2011-2012			
NO. DE PESSOAS NA FAMÍLIA	ANUAL	MENSAL	SEMANAL
1	20,147	1,679	388
2	27,214	2,268	524
3	34,281	2,857	660
4	41,348	3,446	796
5	48,415	4,035	932
6	55,482	4,624	1,067
7	62,549	5,213	1,203
8	69,616	5,802	1,339
CADA PESSOA EXTRA:	7,067	589	136

**Declaração do Ato de Privacidade:** Isto explica como iremos usar a informação que você nos der.

O Ato Nacional Richard B. Russell de Merenda Escolar exige a informação neste formulário. Você não precisa nos dar sua informação, mas neste caso, não poderemos qualificar sua criança para merenda gratuita ou com preço reduzido. Você precisa incluir o número do *social security* do adulto da família que assinar este formulário. Os quatro últimos números do *social security* não são necessários quando você preenche a solicitação em nome de uma criança adotada (*foster child*) ou lista um *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP), *Transitional Aid for Families with Dependent Children Program* (TAFDC) ou o número do *Food Distribution Program on Indian Reservations* (FDPIR) ou outro identificador do FDPIR para sua criança ou quando você indica que o adulto na família que está assinando este formulário não tem um número do *social security*. Iremos usar sua informação para determinar se sua criança qualifica-se para merenda gratuita ou com preço reduzido, e para administrar e implementar o programa de café-da-manhã e almoço. Iremos compartilhar sua informação de qualificação com o programa do Departamento das Escolas Públicas de Framingham para determinar a qualificação de benefícios para programas/serviços gratuitos. Poderemos compartilhar sua informação com programas de educação, saúde e nutrição para ajudá-los a avaliar, patrocinar ou determinar verbas para seus programas, auditores para revisão dos programas e oficiais da lei para conferir violações às regras do programa.

**Declaração de Não-discriminação:** Isto explica o que fazer se você acredita ter sido tratado injustamente. "De acordo com o regulamento da Lei Federal e o U.S. Departamento de Agricultura, esta instituição é proibida de discriminar baseado em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade, ou deficiência. Para uma reclamação de discriminação, escreva para USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ou ligue gratuitamente para (866) 632-9992 (Voice). Pessoas com deficiências na audição ou fala podem entrar em contato com o USDA através do Federal Relay Service no (800) 877-8339; ou (800) 845-6136 (Spanish). USDA é um empregador e provedor de oportunidades iguais."