



2022-2023 APLICAÇÃO PARA MERENDA ESCOLAR GRATUITA OU COM PREÇO REDUZIDO EM MASSACHUSETTS

Se você recebeu um **AVISO DE CERTIFICAÇÃO DIRETA - GRATUITA** da escola para merenda gratuita, **não** complete esta aplicação. Se você recebeu uma **Notificação de Certificação Direta - PREÇO REDUZIDO** do distrito escolar para refeições a preço reduzido, esta inscrição pode ser enviada. Mas, **informe** a escola se o nome de alguma criança da casa não estiver na lista do **Aviso de Certificação Direta - GRATUITA** recebido.

1º. PASSO

Liste **TODOS** os **membros da família** que são bebês, crianças e estudantes até e incluindo a 12ª. série (se precisar de mais espaço para nomes adicionais, utilize outra folha de papel). Definição de membro familiar: "Qualquer pessoa que vive com você e divide receitas e despesas, mesmo que não relacionadas". Crianças em lares adotivos e crianças que satisfaçam a definição de sem-abrigo, migrantes ou refugiado são elegíveis para refeições grátis. Para mais informações, leia sobre como aplicar para merenda escolar gratuita ou com preço reduzido.

Primeiro Nome da Criança	M	Último Nome da Criança	Escola	Série	Aluno?		Custódia Temporária	Desabrigado	Migrante	Refugiado
					Sim	Não				
							Marque todas as opções adequadas			
					S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2o. PASSO

 Algum membro da família (incluindo você) participa atualmente em um ou mais dos seguintes programas de assistência: SNAP, TANF ou FDIPIR? Marque um: Sim / Não

Escreva o número DA AGÊNCIA, e vá para o passo 4 (não complete o 3º. passo) Não forneça o número do cartão do EBT, pois não será aceito A carta confirmando a aprovação do SNAP poderá ser solicitada.

Número da Agência: _____

3º. PASSO

 Informe a renda de **TODOS** os membros da família (pule esta etapa se você respondeu "Sim" para o 2º PASSO)

Analise os gráficos intitulados "Fontes de renda" para obter mais informações. O gráfico de "Fontes de renda para crianças" ajudará com a seção de rendimento da criança. O gráfico de "Fontes de renda para adultos" irá ajudá-lo com a seção de todos os membros adultos do agregado familiar

A. Renda da Criança

Às vezes as crianças da família possuem renda. Por favor, inclua a renda TOTAL recebida por todos os membros da família listada no 1o. Passo.

Renda da Criança

\$							

Frequência

Semanal	Cada 2 Semanas	2x por Mês	Mensal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Todos os adultos que são membros da casa (incluindo você)

Liste todos os membros da casa que não estão no 1º. PASSO (incluindo você) mesmo que eles não tenham renda. Para cada membro da família listado, se eles possuem renda, informe a renda total de cada fonte apenas em dólar. Se eles não têm nenhuma fonte de renda, escreva "0". Se você digitar '0' ou deixar os campos em branco, você está assegurando (prometendo) que não há renda para relatar.

Assistência Pública / Apoio à Criança/Pensão Alimentícia

Pensões / Aposentadoria / Todos os outros rendimentos

Nome dos Adultos na Família (Primeiro e Último)

Rendimentos do Trabalho

	Semanal	Cada 2 Semanas	2x por Mês	Mensal
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	Semanal	Cada 2 Semanas	2x por Mês	Mensal
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	Semanal	Cada 2 Semanas	2x por Mês	Mensal
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Total:Membros da Família (Crianças e Adultos)

Últimos quatro dígitos do número do seguro social do receptor da principal fonte de renda da família

XXX-XX- [] [] [] []

Marque se não houver SS

4o. PASSO

 Informação de Contato e Assinatura do adulto Envie o Formulário preenchido para: Food Service Department, 115 A Street, Framingham, MA 01701

"Eu asseguro (prometo) que todas as informações desta aplicação são verdadeiras e todas as rendas foram informadas. Eu entendo que estas informações são fornecidas em conexão com o recebimento de recursos federais e que os funcionários da escola podem averiguar (verificar) as informações. Estou ciente de que caso eu tenha fornecido informações falsas propositalmente, os meus filhos podem perder os benefícios alimentares e eu posso ser processado no âmbito das leis estaduais e federais em vigor."

Endereço (se disponível) Apt #

Cidade

Estado

Código Postal

Telefone e Email (opcional)

Nome em letra de forma do adulto que preenheu o formulário

Assinatura do adulto

Data de hoje

Error prone

