

■ ☐ Եթե դուք **ՉԵՔ** ցանկանում դիմել սննդի նպաստների համար, ապա նշեք համապատասխան վանդակը եւ **լրացրեք ՔԱՅԼԵՐ 1 եւ 4:**

ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ՄԻԱՅՆ ՄԵՎ ԳՈՒՑՆԻ ԹԱՆԱՔ ԵՎ ԳՐԵՔ ՏՊՏԱՌԵՐՈՎ ԿՈՎԻԿ ԶԵՎՈՎ:
(Հրահանգները հետևի կողմում են)

ԴԻՄԵԼ ԱՌՑԱՆՑ ՀԻՄԱ @
www.myschoolapps.com

ՔԱՅԼ 1 **ՆՇԵՔ ՄԻԱՅՆ ԱՅՆ ԴՊՐՈՑԱԿԱՆԵՐԻՆ, ՈՎՔԵՐ ՀԱՃԱԽՈՒՄ ԵՆ ԼԱՄԴԵ-Ի ԴՊՐՈՑՆԵՐ ԵՎ ՆԱԽԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ԿԵԹՈՒԹՅԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՆԵՐ**
Եթե պահանջվում է ավելի տեղեր լրացուցիչ անունների համար, խնդրվում է փակցնել մի թուղթ ևս:

Ծննդյան Թվական	Ա. Ա.	Օ. Օ.	Տ. Տ.	Անուն	Միջ. Ազգանուն	Դպրոցի անվանում	Որոգրված երեխա	Միջոցառման փակցումը, անթղթյուն
1							☐	☐
2							☐	☐
3							☐	☐
4							☐	☐
5							☐	☐
6							☐	☐

Եթեմա երեխաները ունենում են եկամուտ: Խնդրում ենք ներառել ՔԱՅԼ 1-ում թվարկված բոլոր աշակերտների վաստակած ԸՆՀԱՆՈՒՄԻ եկամուտը այստեղ: Եկամտի բացակայության դեպքում տեղադրեք «0»:

\$

Ի՞նչ հաճախականությամբ:

Ամեն շաբաթ	Երկու շաբաթ մեկ	Ամիսը 2 անգամ	Ամեն ամիս
☐	☐	☐	☐

Հայտ #

ՔԱՅԼ 3 **ՏԱՆ ԲՈԼՈՐ ԱՅԼ ԱՆԴԱՄՆԵՐ** Նշեք ընտանիքի բոլոր անդամներին, ովքեր ներառված չեն ՔԱՅԼ 1-ում (այդ թվում, ձեզ և նորածիններին)՝ անգամ եթե նրանք եկամուտ չունեն: Եթե թվարկված անձերից որևէ մեկը եկամուտ ունի, ներկայացրեք ամբողջական գումարը յուրաքանչյուր աղբյուրից, կլորացնելով այն մինչև ամբողջական դոլար, և ընտրեք հաճախականությանը վերաբերվող ճիշտ վանդակ: Եթե տան անդամներ ոչ մի աղբյուրից եկամուտ չունեն, թողեք դաշտը դատարկ կամ այլուսկում տեղադրեք «0»: Տեղադրելով «0» կամ թողնելով դաշտը դատարկ, դուք հաստատում եք (խոստանում եք), որ ներկայացնելու եկամուտ չկա:

Անուն	Գրել տան այլ անդամների անունը Միջ. Ազգանուն	Եկամուտ աշխատանքից	Ի՞նչ հաճախականությամբ:	Պետական օգնություն/ Երեխաների նպաստ/ Ավանդ	Ի՞նչ հաճախականությամբ:	Թղթակցել/ Կենսաթոշակ/ Այլ եկամուտ	Ի՞նչ հաճախականությամբ:			
			Ամեն շաբաթ	Երկու շաբաթ մեկ	Ամիսը 2 անգամ	Ամեն ամիս	Ամեն շաբաթ	Երկու շաբաթ մեկ	Ամիսը 2 անգամ	Ամեն ամիս
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐

Տան բոլոր անդամները (Երեխաներ և մեծահասակներ)

Հաճախաժամ Սոցիալ Ապահովագրության վերջին 4 թիվը, որ ստորագրում է

Գաղտնիության դաշտը տեղադրված է ցուցումների թերթիկի վրա

ԿԱՄ Ես չունեմ սոց. ապահովագր. թիվ (նշեք այս տողի վրա) ☐

ՔԱՅԼ 4 Ես երաշխավորում եմ, որ գրված բոլոր տեղեկությունները ճիշտ է և ստույգ և հաղորդված է բոլոր եկամուտը: Ես հասկանում եմ, որ այս տեղեկությունները կապված է պետական նպաստ ստանալու հարցերի հետ և դպրոցի պաշտոնյաները միշտ կարող են ստուգել դիմումի տեղեկությունները: Որևէ մի կանխամտածված սխալ տեղեկության դեպքում, կարող է հարկադրել երեխաներին կորցնել օգուտները և ենթակա լինել հետապնդման Պետության և Նահանգի օրենքի կողմից:

Ցան հաճախաժամ ստորագրությունը, որ լրացնում է այս ձևը:

Հաճախաժամ տպագրած անունը, որ լրացնում է այս ձևը:

Էլ. փոստի հասցե (ըստ հայեցողության)

Form # 53211-05-2016

ԱՄԹԵՎԱՆ աշակերտները պետք է զանգահարեն Անթրիանների գրասենյակ 213-202-7581 հեռախոսահամարով

ՔԱՅԼ 2

Ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը (այդ թվում, դուք ինքներդ) ներկայումս մասնակցում է աշակերտության հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկին.

CalWORKs/CalFresh, TANF, կամ FDPIR

Եթե այո, գրեք ՀԱՅՏԻ համարը (CASE #) ստորև:

Հայտի համարը (Case #) ՄԻՇՏ սկսվում է տառից ՄԻ ՆՇԵՔ EBT-ի ՔԱՄՏԻ համարը (CARD) #

Եթե Հայտի համարը նշված է, ապա **ԲԱՑ ԹՈՂԵՔ ՔԱՅԼ 3-ը** և անցեք **ՔԱՅԼ 4-ին**

Երեխաների ցեղային և ազգային ինքնությունը (կամավոր է)

ԴՆԵԼ մեկ կամ ավելի ազգություն.

- ☐ Ամերիկյան Հնդկ կամ Բնիկ Այլասկյացի
- ☐ Սևամորթ կամ Աֆրիկացի-Ամերիկացի
- ☐ Բնիկ Հավայացի կամ Խաղաղ Օվկ. Կղզի.
- ☐ Ասիացի
- ☐ Սպիտակամորթ

ԴՆԵԼ մեկ ազգություն.

- ☐ Իսպ. կամ Լատին. ծագում
- ☐ Ոչ Իսպ. կամ Լատին. ծագում

FOR OFFICE USE ONLY
DATE REC'D.

m m d d y y

HS H INC

F R NE

m m d d y y

REVIEWER DATE

Այսօրվա թվականը

m m d d y y

Մենդի վերաբերյալ հայտի լրացնելու հրահանգներ

Դուք կարողեք լրացնել այս դիմումը առցանց www.myschoolapps.com կայքում:

Եթե դուք ՉԵՔ ցանկանում դիմել սենդի նպաստների համար, ապա նշեք վանդակը («Ես ՉԵՄ ցանկանում դիմել» վանդակը ☐) և լրացրեք ՔԱՅԼԵՐ 1 և 4-ը:

Մենդի նպաստների համար դիմումի լրացնելու 4 եղանակ.

Մի մոռացեք ստորագրել հայտը և ուղարկել այն Մենդի ծառայությունների բաժին տրամադրված ծրարի մեջ ԿԱՄ հանձնել այն ճաշարանում:

1. CalFresh, CalWORKs, կամ FDPIR ստացող ընտանիքի անդամները – Լրացնել միայն **Քայլ 1, Քայլ 2 և Քայլ 4**

Քայլ 1	– Նշեք բոլոր աշակերտներին, ովքեր հաճախում են ԼԱՄԴԵ-ի դպրոցներ կամ Նախադպրոցական կրթության կենտրոններ: Նշեք ծննդյան ամսաթիվը, անուն և ազգանունը և դպրոցի անվանումը: Նշեք համապատասխան վանդակը, եթե երեխան խորթ է, միգրանտ է, վախճատական է կամ անօրեան է:
Քայլ 2	– Նշեք CalFresh-ի, CalWORKs-ի, կամ FDPIR-ի ծրագրերի Նայտի (Case) համարը:
Քայլ 4	– Չե՛ր լրացնող ընտանիքի չափահաս անդամը ՊԵՏՔ ստորագրի հայտը, տպատառերով գրի իր անունը և նշի ամսաթիվը: Չե՛ր հասցեն և հեռախոսահամարները պարտադիր են, և նրանք կարող են օգտակար լինել, եթե ձեր դիմումի հետ կապված հարցեր առաջանան: (Չե՛ր հասցեն և հեռախոսահամարները պարտադիր չեն, սակայն նրանք կարող են օգտակար լինել, եթե ձեր դիմումի հետ կապված հարցեր առաջանան:) Սոցիալական ապահովության համարը չի պահանջվում:

2. Ընտանիքներ, որտեղ կան ՄԻԱՅՆ ԽՈՐԹ ԵՐԵՄԱՆԵՐ – Լրացնել **Քայլ 1 և Քայլ 4**

Քայլ 1	– Նշեք բոլոր խորթ երեխաների ծննդյան ամսաթվերը, անունները և ազգանունները: Նշեք «Խորթ երեխա» վանդակը: Նշեք երեխայի եկամուտը, եթե այդպիսին կա: ՄԻ ՆԵՐԱՌԵՔ խորթ երեխայի խնամքի համար ստացված վարձատրումը, դա եկամուտ չի համարվում: Խորթ երեխաները կարող են ընդգրկվել նույն հայտի մեջ մյուս երեխաների հետ:
Քայլ 4	– Միայն խորթ երեխայի/երեխաների համար ներկայացվող հայտի մեջ պահանջվում է միայն ձևը լրացնող ընտանիքի չափահաս անդամի ստորագրությունը: Պետք է տպատառերով գրվի իր անունը և նշվի ամսաթիվը:

3. Ընտանիքներ, որտեղ կան թե՛ ԽՈՐԹ, թե՛ ԱՅԼ ԵՐԵՄԱՆԵՐ - Լրացնել **Քայլ 1, Քայլ 3 և Քայլ 4** ՄԻԱՅՆ

Քայլ 1	– Նշեք ծննդյան ամսաթվերը, անուններ և ազգանունները խորթ և մյուս երեխաների, ովքեր հաճախում են ԼԱՄԴԵ-ի դպրոցներ կամ Նախադպրոցական կրթության կենտրոններ:
Քայլ 3	– Նշեք բոլոր ընտանիքի մյուս անդամներին (այդ թվում, ձեզ): Ներկայացրեք ընտանիքի նշված յուրաքանչյուր անդամի ընդհանուր եկամուտը յուրաքանչյուր աղյուսից ԵՎ նշեք ճիշտ «Ինչ հաճախականությամբ» վանդակը: Հետո նշեք ընտանիքի անդամների ընդհանուր թիվը և ձևը ստորագրող անձի սոցիալական ապահովության համարի վերջին 4 թվանիշը: Եթե չունեք SS համար, նշեք «Ես չունեմ սոցիալական ապահովության համար» վանդակը:
Քայլ 4	– Ստորագրեք հայտը, տպատառերով գրեք ձեր անունը և նշեք ամսաթիվը:

4. ԵԿԱՄՏԻ հիմունքով հայտ ներկայացնող ընտանիք – Լրացնել **Քայլ 1, Քայլ 3 և Քայլ 4** ՄԻԱՅՆ >>> ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԼՐԱՑՆԵԼ ՄԵԿ ՀԱՅՏ ՄԵԿ ԸՆԱՄԱԽՔԻ ՎԵՐԱԲԵՐՑԱԼ <<<

Քայլ 1	– Նշեք բոլոր երեխաների ծննդյան ամսաթվերը, անուններ և ազգանունները, ովքեր հաճախում են ԼԱՄԴԵ-ի դպրոցներ կամ Նախադպրոցական կրթության կենտրոններ: Նշեք Քայլ 1-ում թվարկված բոլոր դպրոցականների ընդհանուր եկամուտները և մուտքագրեք գումարը «ԸՆԴԱՄԵՐԸ» վանդակում աշակերտների անունների ներքևում: Եկամտի բացակայության դեպքում նշեք «0»:
Քայլ 3	– Նշեք ընտանիքի բոլոր անդամներին (այդ թվում, ձեզ): Նշեք ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի ընդհանուր եկամուտը ըստ աղյուսի, նշեք ճիշտ «Ինչ հաճախականությամբ» վանդակը ԿԱՄ թողեք եկամտի վանդակը դատարկ եկամտի բացակայության դեպքում: Հետո նշեք ընտանիքի անդամների ընդհանուր թիվը և ձևը ստորագրող անձի սոցիալական ապահովության համարի վերջին 4 թվանիշը: Եթե չունեք SS համար, նշեք «Ես չունեմ սոցիալական ապահովության համար» վանդակը:
Քայլ 4	– Չե՛ր ստորագրող ընտանիքի չափահաս անդամի անունը ՊԵՏՔ է նշված լինի Քայլ 3-ում: Ստորագրեք հայտը, տպատառերով գրեք ձեր անունը և նշեք ամսաթիվը:

Գրեք ընթերնելի տպատառերով: Նայտը ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ սկանի է Էներարկվելու: > Տպատառերով գրեք և օգտագործեք ՄԵՎ ԹԱՆԱՔ: not

> Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տարածք, օգտագործեք կողքի տարածքը: > Եթե ձեզ պետք են ավել տողեր, կցեք մեկ ուրիշ թերթ՝ աշակերտների մասին տեղեկությունների համար:

Կալիֆորնիայի կրթության մասին օրենսգրքի բաժին 49557(ա). Անվճար և արտոնյալ գներով սենդի վերաբերյալ հայտերը կարող են ներկայացվել դպրոցական օրվա ընթացքում ցանկացած ժամանակ: Երեխաները, մասնակցող Դպրոցական սենդի պետական ծրագրում, չեն տարբերվելու ուրիշ աշակերտներից և չեն օգտագործելու հատուկ կտրոններ, տոմսեր, սպասարկող գծեր, առանձին մուտքեր, ճաշարաններ կամ այլ միջոցներ:

Անձնական կյանքի անձեռնմխելիության օրենքի դրույթ. Դպրոցական սենդի պետական օրենքը (բաժին 9) պահանջում է, որ, եթե ձեր երեխայի մթերային կտրոնի, CalWORK-ի, կամ FDPIR-ի համարը չի տրամադրվում, դուք պետք է ներառեք հայտը ստորագրող անձի սոցիալական ապահովության համարի վերջին 4 թիվը, ԿԱՄ նշեք, որ հայտը ստորագրող անձը սոցիալական ապահովության համար չունի: Սոցիալական ապահովության համարի տրամադրումը պարտադիր չէ, սակայն հայտը չի կարող հաստատվել, եթե սոցիալական ապահովության համարը չի տրամադրվել կամ նշում չի արվել, որ ստորագրողը այդպիսի համար չունի: Սոցիալական ապահովության համարի կարող է օգտագործվել տան անդամին նույնականացնելու համար՝ հայտի տեղեկատվության ճշտությունը ստուգելու նպատակով: Այդ ստուգումները կարող են իրականացվել ծրագրի շրջանակներում անցկացվող վերահսկման, աուդիտի և հետազոտությունների միջոցով, որոնք կարող են ներառել հետևյալը. գործատուների հետ կապվելը՝ եկամուտը իմանալու նպատակով, նահանգի Զբաղվածության զարգացման վարչության կամ տեղական սոցիալական գրասենյակների հետ կապվելը՝ նպաստների քանակը իմանալու նպատակով, և ներկայացված տան անդամների կողմից ստացված եկամուտների չափը հաստատող փաստաթղթերի ստուգելը: Միայն տեղեկությունների տրամադրումը կարող է հանգեցնել ընտանեկան ծրագրի՝ նպաստների կորստին կամ նվազեցմանը, կամ վարչական հայցերին և/կամ իրավաբանական գործողությունների ընդդեմ տան անդամների:

Ըստ Դաշնային քաղաքացիական իրավունքների և ԱՄՆ-ի գյուղատնտեսության դեպարտամենտի (USDA) քաղաքացիական իրավունքների կանոնակարգերի և քաղաքականության, USDA- ին, նրա գործակալություններին, գրասենյակներին և աշխատակիցներին և USDA- ի ծրագրերի մասնակցող կամ ծրագրերը անցկացնող հաստատություններին արգելվում է խտրականություն դրսևորել, պայմանավորված ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, սեռի, հաշմանդամության, տարիքի հատկանիշով, կամ գործածել ճնշամիջոց կամ հաշվեհարդար տեսնել քաղաքացիական իրավունքների ռոքրտում նախնական գործունեության համար USDA-ի կողմից անցկացվող կամ ֆինանսավորվող ցանկացած ծրագրի կամ գործունեության շրջանակներում:

Նաշմանդամություն ունեցող անձինք, ովքեր այլընտրանքային հաղորդակցման միջոցների պահանջ ունեն ծրագրի մասին տեղեկատվություն ստանալու համար (օրինակ, Բրայլի տառատեսակ, խոշոր տառատեսակ, ձայնագրում, ժեստի ամբիկյան լեզու և այլն), պետք է դիմեն այն գործակալությանը (պետական կամ տեղական), որտեղ դիմել են նպաստների համար: Խույ, վատ լսողություն կամ խոսքի խանգարումներ ունեցող անհատները կարող են դիմել USDA Հաղորդագրությունների դաշնային ծառայության միջոցով (800) 877-8339 հեռախոսահամարով: Բացի այդ, ծրագրի մասին տեղեկատվությունը կարող է մատչելի լինել նաև այլ լեզվով:

Ծրագրի շրջանակներում խտրականության խնդրի վերաբերյալ բոլորը ներկայացնելու համար լրացրեք USDA-ի ծրագրի շրջանակներում խտրականության մասին բոլորքի ձևը, (AD-3027), որը առկա է առցանց www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html կայքում և ցանկացած USDA գրասենյակում, կամ գրեք նամակ USDA, որտեղ տրամադրեք ձևում պահանջվող բոլոր տեղեկությունները: Բողոքի ձևի պատճենի համար զանգահարեք (866) 632-9992 համարով:

Ներկայացրեք լրացված ձևը կամ նամակը USDA՝
(1) Փոստի միջոցով. U.S. Department of Agriculture – Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
(2) Ֆաքսի միջոցով. (202) 690-7442, կամ (3) էլ. փոստով՝ program.intake@usda.gov: