وجبات الطعام المجانية والمخفضة الأسعار

لطلاب مدارس مدينة الإسكندرية العامة للعام الدراسي 2022-2023

Alexandria City Public Schools

يحتاج الأطفال إلى تناول وجبات صحية لكي يتعلموا. يسر قسم خدمات التغذية المدرسية تقديم وجبات فطور و/أو غداء مجانية للطلاب والمدارس المؤهلة، كجزء من القانون الوطني للتغذية المدرسية الممول فدرالياً وقانون تغذية الطفل، والذي تديره وزارة الزراعة في الولايات المتحدة ووزارة التعليم في ولاية فيرجينيا.

وجبات فطور وغداء مجانية

سيتم توفيرها الى **جميع** الطلاب الملتحقين بإحدى المدارس التي تتبع برنامج الأهلية المجتمعية (CEP). تم تحديد المدارس المدرجة أدناه كمدارس CEP للعام الدراسي 2022-2023:

- Cora Kelly
- Ferdinand T. Day
- Francis C. Hammond
- James K. Polk
- Jefferson Houston PK-8
- John Adams/Early Childhood Center (ECC)
- Patrick Henry K-8
- William Ramsay

لا تحتاج عوائل الطلاب الملتحقين بمدارس CEP هذه الى إكمال طلب الحصول على الوجبات المجانية والمخفضة السعر **ما لم** يكن لديها أطفال آخرين يذهبون إلى مدرسة أخرى تابعة لمدارس ACPS.

طلب الحصول على وجبات الطعام المجانية و المخفضة الأسعار

ينبغي تقديم طلب واحد لكل عائلة ولكل سنة دراسية.

يمكن ان يوفر الطلب الذي تتم المصادقة عليه مجموعة كاملة من المساعدات

يمكن التقديم عبر الانترنت من خلال الرابط www.schoolcafe.com/alexandriacps

قد يحصل الطالب في مدارس ACPS على وجبات طعام مجانية أو مخفضة السعر إذا أستوفى دخل أسرته متطلبات الأهلية. **ينبغي** على أولياء الأمور الذين يعتقدون أن أطفالهم قد يكونوا مؤهلين للحصول على مزايا وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعارإكمال تقديم طلب الحصول على وجبات الطعام المجانية أو المخفضة الأسعار عبر شبكة الإنترنت أو تقديم طلب ورقي لغرض تحديد الأهلية. *إذا كنت قد تلقيت إشعار مباشر لأهلية المشاركة في البرنامج للعام الدراسي 2022-2023، عندها* ***لا*** *تقدم طلب.*

أسئلة؟ يرجى الاتصال بمكتب خدمات التغذية المدرسية في مدارس ACPS على رقم الهاتف 703-619-8048 أو على عنوان البريد الألكتروني food@acps.k12.va.us

إرشادات تعبئة رب الاسرة لطلب الحصول على وجبات الطعام المجانية و المخفضة الأسعار للعام 2022-2023

عزيزي ولي الأمر أو الوصي الشرعي:

ينبغي تقديم طلب جديد كل سنة دراسية جديدة ملء تتلقى إشعار مباشر بالاهلية للعام 2022-2023.

يرجى تقديم طلب واحد فقط لجميع أفراد العائلة

يرجى اتباع هذه التعليمات لتعبئة طلب الحصول على الوجبات المدرسية المجانية أو مخفضة الاسعار.ينبغي تقديم طلب واحد فقط لكل عائلة، حتى في حال إلتحاق طفلك (أطفالك) بأكثر من مدرسة من مدارس مدينة الإسكندرية العامة. ينبغي تعبئة الطلب بالكامل لغرض إعتماد أطفالك للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الاسعار. كل الخطوات المدرجة في التعليمات هي نفس الخطوات المتبعة في إستمارة الطلب. في حال لم تكن متأكداً في أي وقت من الخطوة التالية، عندها يرجى التواصل مع **Sonya Grant** على رقم الهاتف **703-619-8048**، او على البريد الالكتروني food@acps.k12.va.us

ينبغي أن تستوفي جميع الوجبات المقدمة للمعايير التي وضعتها وزارة الزراعة الأمريكية (USDA). إذا تم تحديد طفل من قبل طبيب على أنه معاق، وكانت الإعاقة تمنع الطفل من تناول الوجبة المدرسية الإعتيادية، عندها ستقوم المدرسة بإتباع البدائل التي يحددها الطبيب. إذا كانت هناك حاجة لتقديم البدائل، عندها سوف لن تكون هناك أية رسوم إضافية عن الوجبة. إذا كان طفلك بحاجة الى بدائل بسبب إعاقته، عندها يرجى التواصل مع مديرة قسم خدمات التغذية المدرسية، **Cynthia Hormel على رقم الهاتف -703-619 8048** للحصول على المزيد من المعلومات. جميع الأطفال في العائلة ممن يتلقون مساعدات ضمن برنامج توفير المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) هم مؤهلون للحصول على وجبات مجانية. الأطفال بالتبني والذي تتولى وكالة لرعاية الأطفال بالتبني أو محكمة المسؤولية القانونية عنهم هم مؤهلون للحصول على وجبات الطعام المجانية. قد يكون الطلاب المؤهلين للحصول على خدمات Medicaid مؤهلون للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار وحسب دخل الأسرة. **قد يكون** الاطفال الذين هم أفراد في عائلة مشاركة في برنامج WIC مؤهلين للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار وحسب دخل الأسرة. إذا كان إجمالي دخل الأسرة ضمن حدود أو تحت مستوى الدخل المذكور في **الإرشادات الفدرالية لأهلية الدخل**، عندها يمكن لطفلك/ (أطفالك) الحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار. ***يكون الطلب المقدم لطفلك (أطفالك) خلال العام الماضي نافذاً خلال الأيام القليلة الأولى فقط من هذا العام الدراسي.***

إذا كنت راغباً في إكمال تعبئة هذا الطلب، عندها يرجى اتباع الخطوات أدناه، أو، أكتب "كلا" ثم ادرج اسم (أسماء) طفلك (أطفالك) وقم بإعادة الطلب.

الخطوة 1: أدرج جميع أفراد الأسرة من الرضع، الأطفال، والطلاب ممن هم في مرحلة الدراسة الجامعية

إذا كنت تعرف رقم هوية الطالب لطفلك، فاكتب كل رقم في مربع.

إذا كانت هذه هي السنة الأولى التي يلتحق فيها طفلك بمدارس ACPS، عندها ضع "Y" للدلالة على "نعم" لكل طفل، أو، ضع "N" للدلالة على "كلا".

اذكر اسم كل طفل. اكتب اسم كل طفل مسجل في المدرسة. *لا تستخدم الكنية.*

استخدم سطر واحد من الطلب لكل طفل. عند كتابة الأسماء، اكتب الاسم في المربع المخصص لـ "أسم الطفل" في كل مربع.

إذا كان عدد الأطفال أكثر من الحقول المخصصة في إستمارة الطلب، عندها يرجى إرفاق ورقة ثانية تضم جميع المعلومات المطلوبة للأطفال الإضافيين.

يرجى ذكر تاريخ ميلاد كل طفل. اكتب رقماً في كل مربع للإشارة الى تاريخ ميلاد الطفل وحسب النمط التالي شهر/ يوم/ سنة.

مثال:

ميلاد الطفل هو يوم 31 يناير/كانون الثاني 2009

M	M	D	D	Y	Y
0	1	3	1	0	9

ماهي المدرسة التي يلتحق بها كل طفل والمرحلة الدراسية؟ أذكر المرحلة الدراسية لكل طالب في حقل "المرحلة الدراسية" ثم أكتب رمز المدرسة المكون من رقمين.

مثال:

طفل في المرحلة الثانية في مدرسة John Adams

رمز المدرسة	
J	A

الصف	
0	2

هل تبنى أي أطفال؟ إذا كان أي طفل من الأطفال المدرجة أسمائهم هم أطفال بالتبني، عندها ضع علامة في المربع الموجود تحت العمود "T" للدلالة على "طفل مُتبنى" بجوار اسم الطفل. إذا كنت تقدم الطلب بخصوص أطفال بالتبني فقط، عندها إنتقل الى **الخطوة 4.** قد يُعتبر الأطفال المتبنون من الذين يعيشون معك أفراد في أسرتك ويجب إدراجهم في الطلب. إذا كنت تقدم الطلب بخصوص أطفال بالتبنى و / أو غير متبنين، عندها انتقل الى **الخطوة 2.**

هل أي من الأطفال هم أطفال بلا مأوى، مهاجر، أو هارب من البيت؟ إذا كنت تعتقد أن أي طفل مذكور في هذا القسم يلبى هذا الوصف، عندها ضع إشارة على المربع المناسب لـ "بلا مأوى، مهاجر، هارب من البيت" بجوار اسم الطفل واكمل ملأ جميع خطوات إستمارة تقديم الطلب. تواصل مع وسيط تعليم الاطفال المشردين/ رعاية الاطفال في ACPS على رقم الهاتف **703-619-8071** للحصول على المزيد من المعلومات.

الخطوة 2: هل يشارك أي من افراد العائلة حالياً في برنامج SNAP أو TANF؟

إذا لم يكن هناك أي من افراد الأسرة مشاركاً في أي من البرامج المذكورة أعلاه: اكتب "كلا" أو اترك فراغاً في **الخطوة 2** وإنتقل الى **الخطوة 3**

في حال حصول أي فرد في الاسرة على مزايا SNAP أو TANF: ضع "نعم" واكتب رقم الملف الخاص ببرنامج SNAP أو TANF والمؤلف من 7-10 أرقام ثم إنتقل الى **الخطوة 4.**

لاتستخدم رقم بطاقة EBT أو رقم ملف MEDICAID. إذا كنت لاتعرف رقم ملفك، عندها يرجى التواصل مع مسؤول ملفك أو دائرة الخدمات البشرية والمجتمعية على رقم الهاتف 5700-746 (703).

الخطوة 3: الدخل لجميع افراد الأسرة

اذكر الاسم، العمر، الدخل، وعدد مرات الدفع لجميع أفراد الأسرة. إذا كتبت "0" أو تركت أي حقول فارغة، فأنت تؤكد (تتعهد) بعدم وجود دخل للإبلاغ عنه. اذكر دخل الطالب/الاطفال، إن امكن.

قسم القواعد الخاصة بالدخل: أدرج كل نوع من أنواع الدخل الذي يحصل عليه كل فرد في الاسرة خلال الشهر. يجب إخبارنا عن عدد المرات التي يتم فيها تلقي الأموال - أسبوعياً، أو مرة كل أسبوعين، أو مرتين في الشهر ، أو شهرياً. **فيما يتعلق بالأجور المستحصلة من العمل،** تأكد من إدراج إجمالي الدخل، وليس المبلغ المستلم. الدخل الإجمالي هو المبلغ المكتسب قبل الضرائب والاستقطاعات الأخرى. **إيضاً، أدرج المبلغ الذي تتلقاه عن تعويضات العمال، أو إعانات البطالة أو الإضراب، إن أمكن. إذا كنت تتلقى معونات الرعاية الاجتماعية، نفقة الطفل، نفقة الزوجة، المعاشات، التقاعد، معونات الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي ((SSI، إمتيازات المحاربين القدامى (إمتيازات (VA، أدخل المبلغ وعدد مرات إستلامه. لغير ذلك من الدخل** (معونات الإعاقة، المبلغ النقدي المسحوب من المدخرات، المساهمات المنتظمة من الأشخاص الذين لا يعيشون في منزلك، الدخل من تأجير ممتلكاتك الخاصة، وما الى ذلك)، أدخل المبلغ الذي يحصل عليه كل شخص في الشهر. لا تذكر الدخل المستحصل من برامج SNAP، WIC ، إمتيازات التعليم الفيدرالية والدفعات الخاصة بتبنى الأطفال والتي تتلقاها العائلة من هيئة رعاية الأطفال بالتبني. إذا كنت من **ذوي المهن الحرة**، تحت فقرة المبالغ المستحصلة من العمل، يرجى ذكر الدخل بعد حذف المصاريف المترتبة على عملك أو مزرعتك (راجع الجدول C من الإقرار الضريبي). إذا كنت مشاركاً في مبادرة الإسكان العسكرية المخصخصة أو كنت تحصل على راتب من هيئة عسكرية، لا تدرج هذه البدلات كدخل.

مخطط الدخل للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الاسعار - للفترة من 1 يوليو/تموز 2022 ولغاية 30 يونيو/حزيران 2023

عدد أفراد الأسرة	سنوياً	شهرياً (12pp*)	مرتين خلال الشهر (24pp*)	كل أسبوعين (26pp*)	اسبوعياً (52pp*)
1	25,142$	2,096$	1,048$	967 $	484 $
2	33,874$	2,823$	1,412$	1,303$	652 $
3	42,606$	3,551$	1,776$	1,639$	820 $
4	51,338$	4,279$	2,140$	1,975$	988 $
5	60,070$	5,006$	2,503$	2,311$	1,156$
6	68,802$	5,734$	2,867$	2,647$	1,324$
7	77,534$	6,462$	3,231$	2,983$	1,492$
8	86,266$	7,189$	3,595$	3,318$	1,659$
لكل فرد اضافي في الاسرة اضف	+ 8,732	+ 728	+ 364	+ 336	+ 168

*pp = فترات الدفع خلال السنة

الخطوة 4: معلومات الاتصال وتوقيع الشخص البالغ

ينبغي توقيع الطلبات من قبل شخص بالغ (ولي الأمر أو الوصي الشرعي) في الأسرة. من خلال التوقيع، يتعهد فرد الأسرة بتقديم جميع المعلومات المذكورة بشكل صحيح وكامل. قبل إكمال هذا القسم، يرجى التأكد أيضاً من قراءة بيانات الخصوصية والحقوق المدنية في أسفل هذه التعليمات. **أكتب أسمك وضع توقيعك، وأكتب الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي واكتب تاريخ اليوم.** أكتب اسم الشخص البالغ الذي قام بالتوقيع على الطلب مع وضع توقيع ذلك الشخص في حقل "وقع هنا". اكتب الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي (SSN). إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، ضع إشارة في حقل "لايوجد رقم SSN". **تقديم معلومات الاتصال الخاصة بك.** اكتب عنوانك الحالي في الحقول الملائمة إذا كانت هذه المعلومات متاحة. تعد مشاركة رقم هاتف أو عنوان بريد إلكتروني أو كليهما أمراً اختيارياً، ولكنها تساعدنا في التواصل معك بسرعة إذا كنا بحاجة الى التواصل معك.

إمتيازات أخرى: يسمح القانون للهيئة التعليمية بمشاركة معلومات الأهلية للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار مع برنامجي Medicaid و FAMIS. يمكن لهذه البرامج استخدام المعلومات فقط لتحديد الأطفال الذين قد يكونوا مؤهلين للحصول على تأمين صحي مجاني أو واطئ التكلفة، ولتسجيلهم في برنامج Medicaid أو FAMIS. لا يُسمح لهذه الهيئات باستخدام المعلومات المدرجة في إستمارة طلب الحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار لأي غرض آخر. قد يتصل بك مسؤولون في برنامج Mediaid أو مسؤولون في FAMIS للحصول على المزيد من المعلومات. ليس مطلوب منك أن تسمح لنا بمشاركة هذه المعلومات مع برنامج Medicaid أو برنامج FAMIS. سوف لن يؤثر قرارك على أهلية الطفل للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار. إذا كنت لا ترغب في مشاركة معلوماتك، يرجى وضع إشارة في المربع المناسب في إستمارة الطلب. قد تكون مؤهلاً للمشاركة في برامج مساعدة أخرى. لمعرفة كيفية تقدم طلب المشاركة في برنامج SNAP أو غيره من برامج المساعدة الأخرى، اتصل بمكتب الخدمات الاجتماعية المحلي في منطقتك.

الخدمات الأكاديمية/المجتمعية: من خلال التأشير في المربع، فأنك تمنح الأذن لنا لمشاركة معلوماتك مع كادر المدرسة والبرامج لغرض إستخدامها في تقديم الخدمات التعليمية والصحية المحلية مثل تحديد منح قسائم الاختبار/المنح الدراسية، خدمات المعالجة/التدريس الخاص، العيادات الطبية/طب الأسنان/عيادات فحص البصر، الأنشطة الصيفية/الترفيهية، التجهيزات المدرسية، رسوم المشاركة في الألعاب الرياضية، الرحلات الميدانية، الآلات الموسيقية، وما إلى ذلك.

إختياري: الأصل العرقي والإثني للأطفال نحن نطلب منكم مشاركة معلومات عن الأصل العرقي والإثني لأطفالكم. لا تؤثر الإجابة عن هذا الحقل على أهلية اطفالك في الحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار.

السرية والإشعار بمشاركة المعلومات: يستخدم الكادر المدرسي المعلومات الواردة في الطلب لتحديد أهلية طفلك للحصول على وجبات الطعام المجانية أو مخفضة الأسعار والتحقق من أهليته. وفقاً لقانون الغذاء الوطني للمدارس، يمكن للهيئة التعليمية إبلاغ المسؤولين ذوي العلاقة ببرامج التغذية والصحة والتعليم الخاصة بالأطفال بالمعلومات الواردة في طلبك لتحديد إمتيازات تلك البرامج أو لأغراض التمويل و/ أو التقييم.

التحقق: قد يقوم الكادر المدرسي بالتحقق من أهليتك في أي وقت خلال العام الدراسي. قد يطلب منك الكادر المدرسي إرسال معلومات تثبت وجوب حصول طفلك/ (أطفالك) على وجبات الطعام المجانية أو مخفّضة الاسعار.

جلسة إستماع عادلة: لديك الحق في الحصول على جلسة إستماع عادلة. إذا كنت لاتتفق مع قرار قسم خدمات التغذية المدرسية حول طلبك أو بشأن نتيجة التحقق من طلبك، عندها يمكن مراسلتنا او التواصل مع **قسم خدمات التغذية المدرسية** على رقم الهاتف **703-619-8048** أو التواصل مع المسؤول التالي: **Dr. Alicia Hart، رئيسة قسم المنشآت والعمليات بالإنابة، على العنوان التالي 1340 Braddock Place, Alexandria, VA 22314. هاتف: 8289-619 (703)**

إعدة التقديم للحصول على الإمتيازات: يمكن إعادة تقديم الطلب للحصول على وجبات الطعام المجانية والمخفضة الأسعار في أي وقت خلال العام الدراسي. إذا لم تكن مؤهلاً الآن وحصل تغيير، مثل انخفاض دخل الأسرة، أو زيادة في عدد أفراد الأسرة، أو أصبحت عاطلاً عن العمل أو أنك تحصل على مساعدات عن طريق برنامج SNAP أو TANF لطفلك/ (أطفالك)، عندها يرجى تقديم طلب في ذلك الوقت. *قد يتم طلب تقديم وثائق.*

تحتاج الى مساعدة لتقديم هذا الطلب: إذا كانت هناك أية أسئلة أو كنت بحاجة الى المساعدة في تقديم هذا الطلب، عندها يرجى الإتصال بقسم خدمات التغذية المدرسية على رقم الهاتف **703-619-8048** او على عنوان البريد الالكتروني food@acps.k12.va.us

سياسة تقديم وجبات الطعام: سوف يتم السماح للطلاب الذين لايملكون المال في حسابهم أو في متناول اليد لدفع تكلفة وجبة الطعام عند وقت تقديم الوجبة بتناول وجبة طعام كاملة. لن يسمح للطلاب بدفع أجور المواد الإنتقائية. سيتم بذل جهود معقولة لتجنب جنب الإنتباه إلى عدم قدرة الطالب على الدفع. سيقوم قسم خدمات التغذية المدرسية SNS بإبلاغ مدير المدرسة بشكل يومي عن أية رسوم غير مدفوعة لوجبات الطعام. سيقوم شخص مخول عن مدير المدرسة عندئذ بإخطار ولي الأمر/الوصي الشرعي عن ذلك وباللغة المفضلة لولي الأمر/الوصي الشرعي. عند وصول عدد الوجبات الغير مدفوعة إلى 10 وجبات، عندها سوف يقوم مدير المدرسة بإبلاغ ولي الأمر/الوصي الشرعي عن طريق بريد الولايات المتحدة. سوف يتضمن الإخطار الخطي مبلغ تكلفة الوجبات غير المدفوعة ومعلومات حول إعادة تعبئة حسابات الوجبات الخاصة بالطلب، بالإضافة إلى توفير معلومات الاتصال للمساعدة في التسجيل للحصول على مزايا وجبات الطعام المجانية والمخفضة الأسعار. إضافة الى ذلك، سوف يقوم مدير المدرسة بتعيين عضو من فريق الدعم المدرسي لتحديد موعد اجتماع مع ولي الأمر/الوصي الشرعي لتحديد ما إذا كان الطلب مؤهلاً للحصول على مزايا وجبات الطعام المجانية والمخفضة الأسعار. وعليه، قد تقوم مدارس ACPS بإبلاغ دائرة الخدمات الاجتماعية بخصوص الحالات المشكوك بتعرض الطفل فيها إلى الإهمال.

بموجب قانون الحقوق المدنية الفدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، اللون، الأصل القومي، الجنس (يشمل ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي)، الإعاقة، العمر، الانتقام أو الأخذ بالثأر لنشاط سابق للوائح وسياسات الحقوق المدنية. يمكن توفير المعلومات الخاصة بالبرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة ممن هم بحاجة الى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، الطباعة بخط كبير، التسجيل الصوتي، لغة الاشارة الاميركية، وما الى ذلك) الاتصل بالوكالة المحلية او الحكومية ذات الصلة والتي تتولى إدارة البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA على الرقم (202) 720- 2600 (صوت و TTY) أو الاتصل بوزارة الزراعة الأمريكية USDA من خلال خدمة الاتصالات الفيدرالية على الرقم 2600- 720 (202). لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز في البرنامج، يرجى تقديم شكوى من خلال إكمال تعبئة إستمارة AD-3027، وهي إستمارة شكوى للإبلاغ عن وجود تمييز في برنامج USDA والتي يمكن الحصول عليها عبر الانترنت من خلال الدخول على الرابط: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf، أو من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA، عن طريق الاتصال بالرقم 9992- 632 (866)، أو كتابة رسالة موجهة الى USDA. ينبغي ان تتضمن الرسالة اسم مقدم الشكوى، عنوانه، رقم هاتفه، ووصفاً خطياً تفصيلياً للاجراء التمييزي المزعوم لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (ASCR) عن طبيعة وتاريخ الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية. ينبغي تقديم إستمارة AD-3027 الكاملة أو الرسالة الى USDA عن طريق: **1) البريد على العنوان:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; **أو 2) عبر الفاكس على الرقم:** 1665- 256 (833) أو 7442- 690 (202) **3) على عنوان البريد الالكتروني:** program.intake@usda.gov

تقدم هذه المؤسسة فرص متكافئة.

لاتكتب في هذا القسم

(703) 619-8048 ~ مدارس مدينة الاسكندرية العامة
إستمارة التقديم للحصول على وجبات الطعام المجانية أو المخفضة الأسعار للعام **2023-2022**

5038

قدم الطلب من خلال الرابط **www.schoolcafe.com/alexandriacps**، البريد الالكتروني food@acps.k12.va.us، أو ارساله عبر البريد على العنوان: **School Nutrition Services, 1340 Braddock Place, Alexandria VA 22314**

إذا كانت قد **تلقيت إشعار بإمكانية الحصول على هذه الخدمة** لهذا العام الدراسي (2022-2023)، عندها **لا تكمل** هذا الطلب.
أكمل **طلب واحد لكل أسرة**، **أكتب بوضوح** بإستخدام قلم حبر أزرق أو أسود (وليس قلم رصاص) باللغة الإنجليزية.

هل ترغب في أن يتم مراعاة الطلاب في أسرتك للحصول على مزايا وجبات الطعام؟ ☐ **كلا** أكتب اسم (أسماء) الطالب (الطلاب) ثم قدّم الطلب ☐ **نعم** (إبدأ بالخطوة 1)

الخطوة 1

أدرج أسماء جميع الأطفال في الاسرة (طلاب، أطفال رُضّع، اطفال بعمر الكلية، أطفال آخرون)

الرموز الخاصة بالمدارس: **CB** = Charles Barrett; **CK** = Cora Kelly; **DM** = Douglas MacArthur; **EC** = Early Childhood Center; **FD** = Ferdinand Day; **GM** = George Mason;
JA = John Adams; **JP** = James Polk; **LC** = Lyles Crouch; **MV** = Mount Vernon; **NB** = Naomi Brooks; **ST** = Samuel Tucker; **WR** = William Ramsay
مدارس K-8: **FH** = Francis Hammond; **GW** = George Washington; **MH** = Minnie Howard; **AC** = Alexandria City High **الثانوية (6-12):** **JH** = Jeff Houston; **PH** = Patrick Henry

طفل متبنى = F، بلا مأوى = H مهاجر = M، و/أو هارب من المنزل = R إختر كل مايَنطبق.	رمز المدرسة	الصف	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	اسم الطالب (الاول، الحرف الاول من الاسم الاوسط الاخير)	جديد في ACPS	الرقم التعريفي للطالب (إختياري)
☐R ☐M ☐H ☐F		الصف	شهر/يوم/سنة	اسم الطفل 1	☐نعم ☐ كلا	
☐R ☐M ☐H ☐F		الصف	شهر/يوم/سنة	اسم الطفل 2	☐نعم ☐ كلا	
☐R ☐M ☐H ☐F		الصف	شهر/يوم/سنة	اسم الطفل 3	☐نعم ☐ كلا	
☐R ☐M ☐H ☐F		الصف	شهر/يوم/سنة	اسم الطفل 4	☐نعم ☐ كلا	
☐R ☐M ☐H ☐F		الصف	شهر/يوم/سنة	اسم الطفل 5	☐نعم ☐ كلا	

إذا كان الطفل الذي تقدم الطلب له هو **طفل مُتبنى**، حيث تتولى إحدة مؤسسات رعاية الاطفال أو المحكمة المسؤولية القانونية عنه، ضع إشارة في المربع **"F"** وإنتقل الى **الخطوة 4**.
إذا كان هناك طلاب آخرون ليسوا أطفالاً بالتبني، عندها أكمل **الخطوة 2** أو إنتقل الى **الخطوة 3** إذا لم يتلقى أي فرد في الاسرة مساعدات ضمن برنامجي SNAP أو TANF.

الخطوة 2

هل يوجد فرد في الاسرة يحصل على SNAP أو TANF؟ ☐ **كلا** (إذهب الى الخطوة 3) ☐ **نعم**، رقم ملفي هو _____ (إنتقل الى الخطوة 4)

الخطوة 3

أذكر اسماء جميع أفراد الأسرة (بما فيهم أنت) **حتى وأن كانوا لايحصلون على دخل**. لكل فرد من أفراد الأسرة المذكورة أسمائهم، يرجى ذكر إجمالي الدخل (قبل الضرائب) لكل مصدر بالدولار فقط. إذا لم يتلقوا دخلاً من أي مصدر، أكتب "0". إذا كتبت "0" أو تركت أي حقول فارغة، فأنت تؤكد (تتعهد)

الدخل الكلي لأفراد الاسرة (إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة إضافية، عندها يرجى كتابة الاسم، العمر والدخل على ورقة منفصلة

الدخل الكلي وعدد المرات: W = اسبوعياً، **E** = كل اسبوعين، **T** = مرتين خلال الشهر، **M** = شهرياً، **A** = سنوياً

أسماء جميع أفراد الاسرة (الاسم الأول والاخير)	العمر	الدخل الوارد من العمل	كم مرة؟	مساعدات حكومية/نفقة الطفل/ نفقة الزوجة	كم مرة؟	المعاشات/التقاعد/ جميع المدخولات الاخرى	كم مرة؟
مثال: *John Smith*	27	$ 450	W E T M A	$ 275	W E T M A	$ 6000	W E T M A
		$	W E T M A	$	W E T M A	$	W E T M A
		$	W E T M A	$	W E T M A	$	W E T M A
		$	W E T M A	$	W E T M A	$	W E T M A
		$	W E T M A	$	W E T M A	$	W E T M A
		$	W E T M A	$	W E T M A	$	W E T M A

الخطوة 4

معلومات الإتصال وتوقيع الشخص البالغ

"أنا أشهد (أتعهد) بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وأن جميع الدخل قد تم الإبلاغ عنه. أنا أفهم أن تقديم هذه المعلومات يتعلق بالحصول على التمويل من الحكومة الاتحادية، وأنه يمكن لمسؤولي المدرسة (التحقق) من المعلومات. أنا أدرك أنه إذا قمت بتقديم معلومات خاطئة عن قصد، فقد يفقد أطفالي مزايا الحصول على وجبات الطعام، وقد تتم مقاضاتي بموجب قوانين الولاية والقوانين الفدرالية المعمول بها."

تاريخ اليوم M M D D Y Y

توقيع الشخص البالغ الذي اكمل تعبئة هذه الاستمارة X SIGN HERE

اسم الشخص البالغ الذي اكمل تعبئة هذه الاستمارة P R I N T

☐ **ضع إشارة هنا في حال عدم وجود SSN**

*** - ** - ☐☐☐☐ الاعداد الاربعة الاخيرة من رقم الضمان الاجتماعي (SSN) **للشخص البالغ الذي وقّع الطلب**

العدد الكلي لأفراد الاسرة (أطفال وبالغين) ☐☐

الرمز البريدي | **الولاية** | **المدينة** | **عنوان الشارع**

رقم الوحدة/الشقة:

عنوان البريد الالكتروني كتابة

رقم هاتف العمل (ليشمل رقم التحويل الداخلي، إذا كان ذلك ممكناً) ( )

رقم هاتف المنزل أو الهاتف المحمول ( )

☐ **يُسمح لخدمات التغذية المدرسية مشاركة المعلومات الواردة في هذا الطلب مع برنامج Medicaid وبرنامج التأمين الصحي للأطفال في ولاية فيرجينيا والمعروف بأسم FAMIS.**
ضع إشارة في المربع في حال عدم الرغبة في مشاركة هذه المعلومات. سوف لن يؤثر قرارك على أهلية الطفل للحصول على وجبات طعام مجانية أو مخفضة الأسعار.

☐ قد يكون طفلك (أطفالك) مؤهلاً للحصول على خدمات **أكاديمية** و **مجتمعية** مثل رسوم المشاركة في الألعاب الرياضية، قسائم الاختبار، عيادات الأسنان/ فحص البصر، الأنشطة الصيفية، وغير ذلك.
من خلال التأشير في المربع، فإنك تمنحنا الإذن لمشاركة معلوماتك مع مسؤولي/ برامج المدرسة لغرض استخدامها من قبل الدوائر الصحية المحلية والخدمات التعليمية.

إختياري:

الاصل العرقي والاثني للأطفال

نحن مطالبون بطلب تقديم معلومات عن الأصل العرقي والقومي للأطفال. هذه المعلومات مهمة وتساعد على التأكد من تقديم خدمتنا لمجتمعنا بالكامل. **الإجابة على هذا القسم إختيارية ولاتؤثر على أهلية أطفالك.**

الإثنية: (ضع إشارة على احد الخيارات): ☐ ليس من اصول ☐ من اصول اسبانية او لاتينية

العرق: (اختر واحد أو اكثر من الخيارات): ☐ أبيض ☐ من سكان هاواي الاصليين او من سكان جزر المحيط الهادي الاخرى ☐ اسود أو افريقي امريكي ☐ آسيوي ☐ من سكان أميركا الاصليين او من سكان آلاسكا الاصليين

لإستخدام كادر المكتب فقط - لا تكتب في هذا القسم

Total Household Size: _____ **Income: $** _____ **W** ___ **E** ___ **T** ___ **M** ___ **A** ___

Processing Official: _____ **Date:** _____ ☐ **Categorical Eligibility** FOSTER HOMELESS SNAP/TANF **Approved:** Free ____ Reduced ____ Denied ____

Reason for Denial: Income ____ Incomplete ____ **Reviewing Official:** _____ **Date reviewed:** _____

VERIFICATION SUMMARY: **Date Selected:** **Date Response Due:** **Date of 2nd Notice:** **Date Verification Results Notice Sent:**

Verification Results: No Change | Free to Reduced | Free to Paid | Reduced to Free | Reduced to Paid **Reason for Change:** Income | Household Size | Refused to Cooperate | SNAP/TANF Eligibility

Date: **Verifying Official's Signature:**