

Escolas Públicas de Ashland
Ashland, MA 01721

PACOTE DE INSCRIÇÃO

Para inscrever um aluno nas Escolas Públicas de Ashland, você precisará agenda um horário com a secretária da escola apropriada e:

- 1. **O pacote de inscrição completamente preenchido. (Formulários a-f listados abaixo)**
 - a. Formulário de Registro de Matrícula do Aluno
 - b. Formulário de Informações do Aluno
 - c. Histórico de Saúde do Aluno
 - d. Formulário de Emergência de Saúde
 - e. Formulário de Consentimento de Liberação dos Registros do Aluno
Nota: Se o aluno receber serviços de Educação Especial, um horário adicional será agendado com o Coordenador da Equipe para revisar os serviços de IEP
 - f. Pesquisa do Idioma de Casa
Nota: Se o idioma principal da criança não for inglês, por favor informe a secretária no momento da inscrição/matricula para que um horário seja marcado para encontrar o representante do ELL, que avaliará a proficiência de seu(sua) filho(a) no idioma.
 - g. Formulário de Transporte por Ônibus (opcional)
Nota: Esse formulário deve ser retornado para qualquer estudante que utilizará ônibus escolar (gratuitamente ou pagante). Você pode deixar esse formulário de inscrição nessa escola (com a documentação adequada, se necessário) ou pode levar ou enviar diretamente para o Escritório. **O formulário de inscrição no ônibus deve ser preenchido antes do aluno começar a utilizar o ônibus.**
 - h. Formulário de Solicitação de Refeições Gratuitas & com Desconto (Opcional)
- 2. **Uma Certidão de Nascimento Original com selo em relevo.**

Nós vamos fazer uma cópia deste e devolver para você.
- 3. **Registros de vacinação e exame físico. (Ver Requisitos de Informação de Saúde para Inscrição/Matrícula em anexo)**
 - a. Registros de imunização com todas as datas de vacinação.
 - b. Comprovante de exame físico em até um ano da data de início, ou o agendamento de uma consulta para exame físico caso a criança não tenha feito um no último ano.
- 4. **Comprovante de residência na cidade de Ashland.**
 - a. Se você mora em Ashland mas seu(sua) filho(a) anteriormente frequentou uma escola particular, você precisará do seguinte: comprovação de propriedade ou aluguel de uma residência em Ashland (uma correspondência oficial da cidade para sua residência, ex., impostos, conta de água, etc.) ou um contrato atual de aluguel assinado.
 - b. Se você se mudou recentemente para Ashland ou fará a mudança em breve (nos próximos 30 dias), você precisará de um Contrato de Compra e Venda ou de Aluguel original. Nós faremos uma cópia e devolveremos pra você.

Nota: Alunos que não estiverem vivendo em Ashland em até 30 dias do início dos estudos aqui podem não ser matriculados nas Escolas Públicas de Ashland.

Escolas Públicas de Ashland

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/MATRÍCULA DE ALUNO

Data de Matrícula: _____ Série/Escola de Entrada: _____

Nome: _____
Primeiro (conforme certidão nasc.) Meio (extenso) Último

Endereço: _____ Telefone: _____

Data Nascimento: _____ Sexo: ____ M ____ F Cidade Natal: _____

Escola Frequentada Anteriormente: _____

Endereço: _____ Última Série Completada: _____

Aluno mora com: Pais ____ Pai ____ Mãe ____ Guardião ____ Pais Adotivos ____

Nome Pai/Mãe/Guardião _____ Nome Pai/Mãe/Guardião _____

End. Residencial _____ End. Residencial _____

Empregador _____ Empregador _____

End. Comercial _____ End. Comercial _____

Celular _____ Celular _____

Fone Residencial _____ Fone Residencial _____

Fone Comercial _____ Fone Comercial _____

E-Mail Atual _____ E-Mail Atual _____

Crianças na família em ordem cronológica (incluindo esta criança)

<u>Nome</u>	<u>Sexo</u>	<u>Data Nascimento/Série</u>
1.		
2.		
3.		
4.		

Nota: Anexar cópia do acordo legal de custódia/ordem de restrição, se aplicável. Sem essa informação, qualquer um dos pais pode acessar as informações educacionais da criança e/ou dispensar/retirar a criança da escola a qualquer momento.

Para uso da secretaria apenas

ID Local No. _____

ID Estadual No. _____

**Escolas Pública de Ashland
FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DO ALUNO**

FAVOR IMPRIMIR

Nome: _____
PRIMEIRO (Conforme Certidão de Nascimento) MEIO POR EXTENSO (Sem iniciais) ÚLTIMO

Endereço: _____

Telefone Residencial: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: ___M___F Cidade Natal: _____

Idioma Principal Falado: _____

CRIANÇA ADOTADA OU ENCAMINHADA PELO ESTADO? ___SIM___ NÃO

ESTRANGEIRO: _____ NÚMERO & SITUAÇÃO DE REGISTRO DE ESTRANGEIRO _____

DATA DE CHEGADA NOS ESTADOS UNIDOS: _____

***Etnia: Selecione apenas um**

_____ **Hispânico ou Latino.** Uma pessoa de cultura ou origem cubana, mexicana, porto-riquenha, da América do Sul ou Central, ou outros locais de cultura hispânica, independente da raça.

O termo "origem hispânica" pode ser utilizado juntamente com "hispânico ou latino".

_____ **Não Hispânico ou Latino.**

***RAÇA – Selecione todas as aplicáveis**

_____ **Índio Americano ou Nativo do Alasca** – Uma pessoa que tem origens em alguma das populações originais das Américas (inclui América do Norte, Central e do Sul), e que mantém afiliações tribais ou proximidade comunitária.

_____ **Asiático**—Uma pessoa que tem origens nas populações originais do Oriente, Sudeste Asiático, do subcontinente indiano, incluindo Camboja, China, Índia, Japão, Coreia, Malásia, Paquistão, Filipinas, Tailândia e Vietnã.

_____ **Americano Negro ou Africano**—Uma pessoa com origem nos grupos raciais negros da África.

_____ **Havaiano Nativo ou de Outras Ilhas do Pacífico**—Uma pessoa com origens em alguma das populações originais do Havai, Guam, Samoa ou outras Ilhas do Pacífico.

_____ **Branco**—Uma pessoa com origens nas populações originais da Europa, Oriente Médio ou Norte da África.

*Essas definições foram fornecidas pelo Estado de Massachusetts.

Histórico Médico do Aluno

O Histórico Médico do Aluno é um documento confidencial obrigatório para todos os alunos ingressando nas Escolas Públicas de Ashland. Por favor, informe as enfermeiras da escolas em caso de mudanças na situação de saúde de seu(sua) filho(a) durante o ano escolar e contate a enfermeira da escola se você tiver qualquer dúvida ou preocupação.

Nome do Aluno: _____ Data de nasc.: _____ Série: _____

Idioma principal: _____ Idioma secundário: _____

1. Por favor, selecione todas as pessoas que moram na mesma residência que o aluno e anote a idade de seus irmãos ou crianças adotadas.

Mãe Pai Avós Guardião

Irmãos Idade _____ Idade _____ Idade _____ Idade _____

Crianças adotadas Idade _____ Idade _____ Idade _____ Idade _____

Outros *Relação com o aluno:* _____

2. Ocorreram mudanças recentes na sua família que podem afetar seu(sua) filho(a)? Se sim, por favor, marque as caixas apropriadas e explique no espaço abaixo.

Nascimento de um irmão Mudança no estado civil Mudança de casa Convocação militar

Morte recente Doença na família Mudança de emprego Outro

3. Seu(sua) filho(a) usa óculos ou lentes de contato? Sim Não

4. Seu(sua) filho(a) utiliza aparelho auditivo? Sim Não

5. Seu(sua) filho(a) já foi hospitalizado ou sofreu alguma cirurgia? Sim Não
Se sim, forneça as datas e explique abaixo.

6. Seu(sua) filho(a) possui alguma das seguintes doenças? Se sim, marque nas caixas correspondentes abaixo e explique no espaço abaixo.

Otites (frequentes) Doença de Lyme Pneumonia

Encefalite Meningite Amigdalite (frequente)

Febres altas Coqueluche Tuberculose

7. Seu(sua) filho(a) foi diagnosticado com alguma das seguintes condições? Se sim, marque as caixas correspondentes e explique no espaço abaixo.

- | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DDA | <input type="checkbox"/> Defeitos congênitos | <input type="checkbox"/> Atraso desenvolvimento | <input type="checkbox"/> Problemas audição | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> DDAH | <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Problemas de pele |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Concussão | <input type="checkbox"/> Distúrbios alimentares | <input type="checkbox"/> Doença renal | <input type="checkbox"/> Distúrbio de sono |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibrose cística | <input type="checkbox"/> Encoprese/constipação | <input type="checkbox"/> Problemas saúde mental | <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette |
| <input type="checkbox"/> Autismo /ASD | <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsões | <input type="checkbox"/> Enxaquecas | <input type="checkbox"/> Dificuldades Visão |
-
-

8. Seu(sua) filho(a) possui alguma alergia (ex., alimentos, medicamentos, látex, rinite, insetos)? Sim Não
Se sim, explique abaixo e, por favor, *seja específico*.

9. Seu(sua) filho(a) toma algum medicamento diariamente ou se necessário *para suas alergias*? Sim Não
Se sim, por favor, liste abaixo.

10. Seu(sua) filho(a) toma *alguma outra medicação* diariamente ou se necessário? Sim Não
Se sim, liste cada medicamento e para qual doença/condição deve ser administrado.

11. Seu(sua) filho(a) sofre de alguma doença não listada acima? Se sim, por favor, descreva.

12. Existe alguma coisa a respeito da saúde física ou mental de seu(sua) filho(a) que você gostaria que a enfermeira da escola soubesse e que ainda não foi descrita? Se sim, o que?

Obrigado por fornecer essas informações importantes a respeito da saúde de seu(sua) filho(a). Se seu(sua) filho(a) tiver alguma condição crônica que necessite de discussões adicionais, favor contatar a enfermeira da escola para agendar uma reunião. Por favor, dirija-se a seção de Serviços de Saúde na página das Escolas Públicas de Ashland para informações de contato do escritório da enfermeira na escola de seu(sua) filho(a)— <http://www.ashland.k12.ma.us/health-services>.

Assinatura de preenchimento individual de formulário

Relação com o aluno

Data: _____

**ESCOLAS PÚBLICAS DE ASHLAND
INFORMAÇÕES DE EMERGÊNCIA – SAÚDE**

Por favor, leia cuidadosamente, assine e retorne esse formulário para a escola.

Os requisitos de saúde exigidos pelo Estado incluem os seguintes: Exames físicos são exigidos nas séries PK, K, 4, 7 e 10. Testes de visão ocorrem anualmente nas séries PK, K-5, 7 e 10. Testes de audição ocorrem anualmente nas séries PK, K-3, 7 e 10. Avaliações de postura ocorrem anualmente entre as séries 5 e 9. Testes de Índice de Massa Corporal (BMI) ocorrem anualmente nas séries 1, 4, 7 e 10. Pais que queiram dispensar o teste de BMI devem enviar uma requisição por escrito para a enfermeira da escola.

Nome do Aluno _____ Nasc. _____ Série _____ Sala _____

Endereço (rua) _____ (cidade) _____ Fone Residencial _____

Aluno vive com: Pais ____ Pai ____ Mãe ____ Guardião ____ Pais Adotivos ____

Por favor, circule um: Mãe/Pai/Guardião

Nome _____

Nome _____

End. Res. _____

End. Res. _____

Empregador _____

Empregador _____

End. Trabalho _____

End. Trabalho _____

Fone Trabalho _____

Fone Trabalho _____

Fone Celular _____

Fone Celular _____

Email _____

Email _____

Amigo/Babá/Parente que pode ser questionado sobre dispensar o aluno caso não seja possível localizar os pais:

Nome _____ Relação _____ Circule: Celular/Trabalho/Casa _____

Nome _____ Relação _____ Circule: Celular/Trabalho/Casa _____

Pediatra _____ Fone _____

Dentista _____ Fone _____

Ortodontista _____ Fone _____

Nome do Seguro Saúde _____

Permissão para receber Tylenol, Ibuprofen, TUMS, xaropes para tosse na escola, caso necessário SIM _____ NÃO _____

Em caso de emergência, permit que meu filho(a) seja transportado, de ambulância, para o MetroWest Medical Center - Framingham Campus para tratamento. Eu compreendo que serei notificado(a) sobre a emergência assim que possível.

Eu vou notificar a escola em caso de mudança de alguma das informações acima.

Assinatura da Mãe/Pai/Guardião _____ Data _____

Detalhe abaixo quaisquer necessidades médicas pertinentes e relevantes para o cuidado com seu filho(a) na escola (medicações, alergias, isenções religiosas).

Escolas Públicas de Ashland
PESQUISA SOBRE O IDIOMA DA CASA

Queridos Pais e Guardiões:

Para ajudar seu(sua) filho(a) a ter um bom desempenho na escola, nós pedimos que você(s) responda(m) as perguntas a seguir para cada criança em sua família. Suas respostas nos ajudarão a criar o melhor programa educacional possível para seu(sua) filho(a).

Nome do Aluno _____ Data Nasc. _____

1. Qual o primeiro idioma seu(sua) filho(a) compreendeu ou falou?

2. Qual idioma você usa com frequência pra conversar com seu(sua) filho(a) em casa?

3. Qual idioma seu(sua) filho(a) mais usa para falar com você em casa?

4. Qual idioma seu(sua) filho(a) mais usa para falar com outros membros da família?

5. Qual idioma seu(sua) filho(a) mais usa para falar com amigos? _____
6. Qual(is) idioma(s) seu(sua) filho(a) lê? _____
7. Qual(is) idioma(s) seu(sua) filho(a) escreve? _____
8. Com que idade seu(sua) filho(a) começou a frequentar a escola? _____
9. Seu(sua) filho(a) frequentou a escola todos os anos desde então? ___sim___ não
Se não, explique o motivo:
10. Você prefere que as comunicações orais e escritas da escola sejam feitas em inglês ou em sua língua materna? _____

Assinatura do Pai/Guardião

Date

Relação (Circule um): Mãe Pai Guardião Outro

A ser completado pela Equipe do Programa ELL antes da Colocação:

Data de Matrícula: _____ Série _____ Escola _____

Recomendação:

- Revisão dos Testes de Proficiência/Registros
- Serviços de ELL
- Nenhum Serviço de ELL

**ESCOLAS PÚBLICAS DE ASHLAND
FORMULÁRIO DE MATRÍCULA PARA TRANSPORTE ESCOLAR
ANO LETIVO DE 2016-2017**

ESSE FORMULÁRIO DEVE SER DEVOLVIDO POR TODOS OS ALUNOS (PAGOS PELA CIDADE OU BASEADO EM TAXA) QUE PEGARÃO O ÔNIBUS ESCOLAR. SÓ É NECESSÁRIO UM FORMULÁRIO POR FAMÍLIA.

Desejo registrar meu filho/filhos para o ônibus escolar de/para a escola para o ano letivo de 2016-2017. Todas as informações devem ser preenchidas por completo.

Nome dos Pais/Responsáveis		Telefone:	
Endereço:			
Nome do Aluno(s):			
Último	Primeiro	Série em 2016/17 Grade	Escola

A taxa do ônibus é até 17 de JUNHO, 2016. As matrículas recebidas depois dessa data não serão processadas até 19 de Setembro, 2016. Não podemos garantir assento no ônibus para qualquer aluno que registre depois da data. Todos os assentos serão preenchidos com quem se matricular primeiro. Favor enviar o formulário de registro juntamente com um cheque ou money order (não enviar dinheiro vivo) para a taxa apropriada (\$280 por aluno / \$560 máximo para a família) nominal a Ashland Public Schools-Bus Fee. Pagamento reservará um assento no ônibus. **Não sera enviado pelo correio nenhum passe de ônibus até que o pagamento seja recebido.** Envie esse formulário para: Ashland Public Schools, Superintendent's Office, 87 West Union St., Ashland, MA 01721. Para sua conveniência, anexamos um envelope auto-endereçado.

Perguntas??? Ligar para Diane Goudy no (508) 881-0150.

- Nos qualificação para transporte gratuito (Jardim a 6 série morando a mais de 2 milhas da escola designada)
- Desejamos matricular pagando pelo transporte (\$280 por criança/\$560 por família). Você tem a opção de pagar o montante total ou se preferir poe pagar metade em 17 de Junho, e a outra metade até 15 de Julho, 2016. Seus filhos não terão um assento ainda no ônibus até que todo o valor seja recebido
- Estamos aplicando para uma liberação de taxa do ônibus. **(Formulários de registros DEVEM ser recebidos até 17 de Junho, 2016).** A liberação de pagamento de ônibus está disponível para famílias baseados nas regras usadas para determinar a elegibilidade para Almoço Gratuito ou Reduzido. Se você marcar esse item, entraremos em contato com você para pegar informação de verificação de renda.

Assinatura dos Pais/Responsáveis _____

Seu filho tem alergia severa ou outra condição médica que você gostaria que o motorista do ônibus soubesse:

*****Favor preencher o verso desse formulário para o Transporte para Creches*****

PARA USO DO ESCRITÓRIO:

DATE RECEIVED: _____ AMOUNT RECEIVED: _____ CHECK# _____ OTHER _____

SECOND PAYMENT DATE: _____ AMOUNT RECEIVED: _____ OTHER: _____

FORMULÁRIO DE TRANSPORTE PARA CRECHE

Favor preencher esse formulário se seu filho (filhos) estará frequentando a Creche durante o ano letivo de 2016-2017.

Nome do Aluno: _____

Nome da Creche: _____

Endereço da Creche: _____

Horários: _____

Nome do Aluno: _____

Nome da Creche: _____

Endereço da Creche: _____

Horários: _____

Nome do Aluno: _____

Nome da Creche: _____

Endereço da Creche: _____

Horários: _____

ESCOLAS PÚBLICAS DE ASHLAND
FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO PARA ISENÇÃO
DE TAXA DO TRANSPORTE ESCOLAR

Para requerir a isenção você deve apresentar prova de renda de **TODOS** os membros da família que moram em casa com a (as) criança(s) até o dia **15 de Julho de 2016**.

Verificação de Renda & Tamanho da Família
 (Utilizado para a Isenção da Taxa de Transporte)

Nome do Pai/Responsvel:		
Endereço:	Cidade:	CEP:
Fone: (casa)	(outros)	

	Primeiro Nome	Último Nome	Ganhos do Trabalho <u>antes</u> das deduções (semanalmente)	Welfare Pensão p/ criança (Semanalmente)	Pensões Aposentadoria Seguro Social (Mensalmete)	Outras Rendas (Mensalmete)
Adultos:						
Mãe						
Pai						
Outros:						

Anexar cópia de verificação de todas as rendas listadas acima (tais como pagamentos de pensão para a criança, Formulário 1040 de Declaração Federal de Imposto de Renda páginas 1 & 2, SSI, AFDC, etc.)
Contra-cheques devem mostrar os ganhos anuais até o momento. (NÃO ENVIE OS ORIGINAIS). Não provar toda a renda resultará no atraso no processo desse requerimento e possivelmente a perda do assento no ônibus para seu (s) filho(s). É sua responsabilidade providenciar essas informações dentro do prazo previsto.

	Primeiro Nome	Último Nome	Idade	Série	Escola	Food Stamp ou # do Caso noTANF (se houver)
Crianças						
Incluir todas as crianças morando em casa.						

Um adulto membro da residência deve assinar a aplicação. O adulto que está assinando o formulário deve também listar seu número de Seguro Social ou marcar "Não tenho o Número do Seguro Social".

Eu certifico (prometo) que todas as informações nessa aplicação são verdadeiras e que toda a renda está relatada. Entendo que a escola pode conseguir fundos Estaduais baseado na informação que forneço. Entendo que oficiais da escola podem verificar (checar) a informação. Entendo que se eu propositalmente der informação falsa, meus filhos pode perder o transporte escolar e posso ser processado.

Assinar aqui: _____ Nome por extenso: _____ Data: _____

Número do Seguro Social: _____ - _____ - _____ Não tenho o Número do Seguro Social

Enviar esse formulário para: Barbara Durand, Director of Finance and Services, Ashland Public Schools, 87 West Union Street, Ashland, MA 01721.

FOR OFFICE USE ONLY:

Request Approved: _____ Date: _____

Request Denied: _____ Date: _____ Reason: _____

PASSO 1 Liste **TODOS** os membros do agregado familiar que são bebês, crianças e estudantes até e incluindo a terceira série do Ensino Médio (se são necessários mais espaços para nomes adicionais, anexe uma outra folha de papel)

Definição de Membro do agregado familiar: "Qualquer um que vive com você e compartilha as receitas e despesas, mesmo que não tenha grau de parentesco".
 Crianças em **orfanato** e crianças que atendem à definição de **sem-teto, migrantes ou fugitivas** são elegíveis para receber refeições gratuitas. Leia **Como se cadastrar gratuitamente e refeições escolares com preço reduzido** para mais informações.

Primeiro nome da criança	Sobrenome	Último nome da criança	Série	Estudante? Sim Não	Criança adotada ou fugitiva	Sem-teto, migrante, adotada ou fugitiva

PASSO 2 Quaisquer membros do agregado familiar (incluindo você) participam atualmente de um ou mais dos seguintes programas de assistência: **SNAP, TANF ou FDIPIR?**

Se NÃO > Vá para o PASSO 3. **Se SIM** > Escrever um número de caso aqui, em seguida vá para o PASSO 4 (Não complete o PASSO 3).
 Número do processo: _____
 Escreva apenas um número de caso neste espaço.

PASSO 3 Informe a renda de **TODOS** os membros do agregado familiar (pelo este passo se você respondeu "Sim" no PASSO 2)

A. Renda da criança
 As vezes, crianças no agregado familiar ganham ou recebem renda. Por favor, inclua a renda total recebida por todos os membros do agregado familiar listados no PASSO 1 aqui.

B. Todos os membros adultos do agregado familiar (incluindo você)
 Liste todos os membros do agregado familiar não listados no PASSO 1 (incluindo você), mesmo se eles não recebem renda. Para cada membro do agregado familiar indicado, se eles recebem renda, informe a renda total bruta (antes de impostos) para cada fonte em dólares inteiros (sem centavos) somente. Se eles não recebem renda de qualquer fonte, escreva "0". Se voce digitar "0" ou deixar quaisquer campos em branco, você está certificando (prometendo) que não há renda para informar.

Nome dos membros adultos do agregado familiar (primeiro e último)	Renda de trabalho			Assistência Pública/Apoio à Criança/Pensão Alimentícia			Com que frequência? 2 vezes por mês			Com que frequência? Pensões/pensões- dóris/Todos as outras rendas		
	Semanal	Quinzenal	Mensal	Semanal	Quinzenal	Mensal	Semanal	Quinzenal	Mensal	Semanal	Quinzenal	Mensal

Total de membros do agregado familiar (crianças e adultos)
 Quatro últimos dígitos do número de segurança social (SSN) do assalariado primário ou outro membro adulto do agregado familiar: X X X X
 Marque se não houver SSN:

PASSO 4 Informações de contato e assinatura de adulto

"Eu certifico (juro) que todas as informações sobre esta aplicação são verdadeiras e que todas as rendas estão informadas. Eu entendo que esta informação é dada em conexão com o recebimento dos recursos Federais, e que os funcionários da escola podem averiguar (verificar) as informações. Estou ciente de que caso eu tenha fornecido informações falsas, meus filhos podem perder benefícios alimentares, e eu posso ser processado sob as leis estaduais e federais aplicáveis".

Endereço (se disponível) _____
 Apto nº _____
 Cidade _____ Estado _____ CEP _____
 Telefone diurno e e-mail (opcional) _____
 Assinatura do adulto _____
 Data de hoje _____

INSTRUÇÕES

Fontes de renda

Fontes de renda da criança	Exemplo(s)
- Renda do trabalho	- A criança tem um emprego regular de período integral ou meio-período onde ganha um ou mais salários
- Seguro Social - Pagamentos de deficiência - Pensão de sobrevivência	- Uma criança é cega ou possui deficiência e recebe benefícios da Previdência Social - Um parente está desativado, aposentado, ou falecido, e seu filho recebe pensões da previdência social
- Renda da pessoa fora do agregado família	- Um membro familiar ou amigo(a) dá dinheiro para a criança gastar criança regularmente
- Renda de qualquer outra fonte	- A criança recebe renda regular de um fundo de pensão privado, anuidade, ou de trust

Rendas do trabalho	Assistência Pública/Pensão alimentícia/Apoio à Criança	Pensões/Aposentadoria/Todas as outras rendas
- Ordenado, salários, bônus em dinheiro - Lucro líquido de auto-emprego (fazenda ou negócio) Se você está no Exército dos EUA: - Remuneração base e bônus em dinheiro (NÃO inclui pagamento de combate, FSSA ou subsídios de habitação) - Subsídios de habitação fora da base, alimentação e vestuário	- Seguro desemprego - Compensação do trabalhador - Renda suplementar de segurança (SSI) - Assistência de dinheiro do Estado ou governo local - Pagamentos de pensão alimentícia - Pagamentos de apoio à criança - Benefícios a veteranos - Benefícios da greve	- Segurância Social (incluindo aposentadoria de ferrovia e seguro de pneumoconiose de mineiros de carvão) - Previdência Privada ou benefícios de deficiência - Renda regular de trusts ou propriedades - Anuidades - Renda de retorno de investimento - Juros ganhos - Renda de aluguel - Pagamentos regulares em dinheiro fora do agregado familiar

Fonte de renda para adultos

OPCIONAL Identidades étnicas e raciais das crianças

Somos obrigados a solicitar informações sobre a raça de seus filhos e etnia. Esta informação é importante e ajuda a ter certeza de que nós estamos servindo plenamente nossa comunidade. A resposta a esta seção é opcional e não afeta a elegibilidade de seus filhos para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido.

Raça (marque um): Hispânica ou Latina Não Hispânica ou Latina

Raça (marque um ou mais): Índia americana ou nativa do Alasca Asiática

Branca

Americana negra ou africana

Nativa do Havai ou de Outra Ilha do Pacífico

A Lei do Almoço Escolar Nacional de Richard B. Russell exige a informação nesta aplicação. Você não tem que fornecer a informação, mas se não o fizer, não poderemos aprovar seu filho para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve incluir os quatro últimos dígitos do número do seguro social do membro adulto do agregado familiar que assina a aplicação. Os quatro últimos dígitos do número de segurança social não é necessária quando você faz o cadastro em nome de um filho adotivo ou lista um número de processo de Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP), Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) Programa ou Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) ou um outro identificador de FDPIR para o seu filho ou quando você indicar que o membro adulto do agregado familiar que assina a aplicação não tem um número de segurança social. Usaremos suas informações para determinar se o seu filho é elegível para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido, e para a administração e execução dos programas de almoço e café da manhã. Nós PODEMOS compartilhar suas informações de elegibilidade com educação, saúde e programas de nutrição para ajudá-los a avaliar, financiar, ou determinar benefícios para os seus programas, auditores para avaliação de programas; e com autoridades policiais para ajudá-los a analisar violações de normas do programa.

De acordo com a lei de direitos civis Federais e do Departamento de Agricultura (USDA), regulamentos relativos aos direitos civis e políticos, o USDA, as suas agências, escritórios e funcionários, e as instituições que participam ou que administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, deficiência, idade ou repressão ou retaliação a atividade antes dos direitos civis em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo USDA.

As pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para informação do programa (por exemplo Braille, letras grandes, fita de áudio, linguagem gestual americana, etc.), devem entrar em contato com a Agência (Estado ou local) onde se cadastraram para benefícios. Os indivíduos que são surdos, com deficiência auditiva ou têm dificuldades de fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de transmissão em (800) 877-8339. Além disso, informações sobre o programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do Inglês.

Para registrar uma queixa de programa de discriminação, preencha o formulário de queixa de discriminação do programa USDA. (AD-3027) encontrado on-line em: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta dirigida ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue para (866) 632-9992. Envie seu formulário ou carta completa para USDA por:

Correio: Departamento da Agricultura dos EUA

Gabinete do Secretário Adjunto de Direitos Civis

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; ou

email: program.intake@usda.gov.

Esta instituição é um provedor de igualdade de oportunidades.

Não preencha

Somente para uso escolar

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

Total Income

How often?
 Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly

Household size

Categorical Eligibility

Eligibility:

Free Reduced Denied

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date