

# Application Pour les Repas Gratuits et à Prix Réduit de l'Année Scolaire 2009–2010

Division of Food and Nutrition Services • MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Rockville, Maryland 20850

[www.montgomeryschoolsmd.org/departments/foodserv](http://www.montgomeryschoolsmd.org/departments/foodserv)

|           |  |
|-----------|--|
| ELIG      |  |
| INITIALES |  |
| DATE      |  |

\* Pour recevoir les repas gratuits ou à prix réduit pour vos enfants, vous devez remplir un nouveau formulaire chaque année.

- Si vous **NE** voulez pas faire une demande pour les repas gratuits ou à prix réduit, veuillez ignorer le formulaire.
- Si vous **FAITES** une demande pour les repas gratuits ou à prix réduit, veuillez remplir toutes les sections appropriées de cette demande. Les demandes incomplètes ne peuvent pas être approuvées et seront renvoyées
- Veuillez utiliser UN SEUL formulaire pour **Tous les élèves de votre famille**—y compris les enfants scolarisés au pré-K, à la maternelle et élèves placés dans une famille d'accueil—**même s'ils vont dans différentes écoles.**

**A. INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ÉLÈVE.** Veuillez énumérer TOUS les élèves inscrits à Montgomery County Public Schools **SEULEMENT**, Numéro d'Identité de l'Élève, Date de Naissance, École, Grade, et Food Supplement Program (Programmes d'Alimentation Complémentaire) (FSP) (Auparavant (Bons de Nourriture) ou le numéro de votre dossier de Temporary Cash Assistance (d'Aide Financière Temporaire) (TCA). Veuillez utiliser une autre feuille si vous avez besoin. Veuillez énumérer **tout** le revenu actuel de l'élève **avant** les dépenses et les déductions d'impôts, etc., et écrivez combien de fois il est payé: hebdomadaire, toutes les deux semaines, deux fois dans le mois ou mensuellement.

| VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT | Nom de Famille | Prénom     | Deuxième prénom | Numéro d'Identification de l'Élève # | Date de Naissance | École  | Grade | Programmes d'Alimentation Complémentaire (FSP) (Auparavant Bons de Nourriture) ou le numéro de votre dossier TCA (aide financière temporaire) | REVENU DE L'ÉLÈVE |                  | COCHEZ Pas de Revenu     |
|-----------------------------|----------------|------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------|--------|-------|---|-------------------|------------------|--------------------------|
|                             |                |            |                 |                                      |                   |        |       |   | Montant           | Combien de fois? |                          |
|                             | Last Name      | First Name | MI              | Student ID #                         | Birth Date        | School | Grade | Food Supplement Program or TCA client number  | Amount            | How Often        | Check if No Income       |
|                             |                |            |                 |                                      |                   |        |       |   | \$ .              |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 |                                      |                   |        |       |   | \$ .              |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 |                                      |                   |        |       |   | \$ .              |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 |                                      |                   |        |       |   | \$ .              |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 |                                      |                   |        |       |   | \$ .              |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 |                                      |                   |        |       |   | \$ .              |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 |                                      |                   |        |       |   | \$ .              |                  | <input type="checkbox"/> |

**B. ENFANTS PLACÉS DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL** Si vous postulez pour un enfant placé dans votre famille d'accueil, veuillez contacter la Division of Food and Nutrition Services, au (301) 840-8155 pour assistance.

**C. TOUS LES AUTRES MEMBRES DE LA MAISON** Veuillez énumérer le nom de toutes les autres personnes qui vivent dans la maison. **N'INCLUEZ PAS LES ÉLÈVES ÉNUMÉRÉS CI-DESSUS.** Veuillez énumérer **tout** le revenu actuel de l'élève **avant** les dépenses et les déductions d'impôts, etc., et écrivez combien de fois il est payé : hebdomadaire, toutes les deux semaines, deux fois dans le mois ou mensuellement.

| VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT | Nom de Famille | Prénom     | Deuxième prénom | REVENUS de votre EMPLOI avant déductions |                  | REVENUS de votre EMPLOI avant déductions |                  | TOUTE AUTRE SOURCE DE REVENUS |                  | COCHEZ Pas de Revenu     |
|-----------------------------|----------------|------------|-----------------|--|------------------|--|------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------|
|                             |                |            |                 | Montant                                  | Combien de fois? | Montant                                  | Combien de fois? | Montant                       | Combien de fois? |                          |
|                             | Last Name      | First Name | MI              | Amount                                   | How Often        | Amount                                   | How Often        | Amount                        | How Often        | Check if No Income       |
|                             |                |            |                 | \$ .                                     |                  | \$ .                                     |                  | \$ .                          |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 | \$ .                                     |                  | \$ .                                     |                  | \$ .                          |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 | \$ .                                     |                  | \$ .                                     |                  | \$ .                          |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 | \$ .                                     |                  | \$ .                                     |                  | \$ .                          |                  | <input type="checkbox"/> |
|                             |                |            |                 | \$ .                                     |                  | \$ .                                     |                  | \$ .                          |                  | <input type="checkbox"/> |

**D. SIGNATURE et NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE** Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et que la totalité de mes revenus est déclarée. Je comprends que ces informations sont données pour que l'école puisse recevoir des fonds fédéraux; que le personnel de l'école peut vérifier les informations fournies; Je suis conscient (e) que la déclaration intentionnelle de fausses informations peut également faire l'objet d'un procès.

|   |   |   |   |                    |   |
|---|---|---|---|--------------------|---|
| Signature d'un Adulte de la Famille<br>Signature, Adult in Household _____<br><br>Écrivez Lisiblement Votre Nom<br>Print Name _____<br><br>Adresse<br>Address _____ | Sécurité Sociale<br>Social Security # <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> - <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> | Numéro de Téléphone de la Maison<br>Home Phone _____<br><br>Ville<br>City _____ | Numéro de Téléphone du Travail<br>Work Phone _____<br><br>Code Postal<br>Zip Code _____ | Date<br>Date _____ | <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de # SS.<br>I do not have a Social Security Number |
|---|---|---|---|--------------------|---|

\* Privacy Act Statement (Déclaration d'Acte de la Vie Privée): **Cela explique comment nous utiliserons les informations que vous nous donnez.** Richard B. Russell National School Lunch Act (L'Acte Concernant le Déjeuner Scolaire National de Richard B. Russell) exige les informations sur ce formulaire de demande. Vous n'êtes nullement tenus de fournir toutes les informations demandées; cependant si ces informations ne figurent pas sur votre demande, vous ne pourrez pas recevoir les bénéfices des repas gratuits ou à prix réduit. Vous devez inclure le Numéro de la Sécurité Sociale du membre adulte de votre famille qui signe la demande. Le Numéro de la Sécurité Sociale n'est pas exigé quand vous faites une demande de la part d'un enfant qui vit dans votre famille d'accueil ou vous énumérez un Programme d'Alimentation Complémentaire (FSP) ou Temporary Cash Assistance (l'Aide Financière Temporaire) (TCA), ou quand vous indiquez que le membre adulte de votre famille signant la demande n'a pas de Numéro de la Sécurité Sociale. Nous utiliserons votre information pour déterminer si votre enfant est qualifié pour repas gratuits ou à prix réduit, et pour l'administration et le maintien des programmes du déjeuner et du petit déjeuner. Il EST POSSIBLE que les informations sur votre éligibilité soient communiquées aux programmes d'éducation, de santé, et de nutrition afin de les aider à évaluer, financer, ou déterminer vos droits à leurs programmes, auditeurs pour les examens de programme, et les agents du maintien de l'ordre pour les aider à examiner les violations des règles du programme.

Veuillez renvoyer la demande achevée en une semaine à l'école ou l'expédier par la poste à: **Division of Food and Nutrition Services, 16644 Crabbs Branch Way, Rockville, MD 20855**

Division of Food and Nutrition Services  
Montgomery County Public Schools  
16644 Crabbs Branch Way • Rockville, Maryland 20855

Cher Parent ou Tuteur/Chère Tutrice:

Montgomery County Public Schools servent le petit déjeuner et le déjeuner tous les jours à l'école. Si le revenu total de votre famille est le même ou moins que les montants inscrits sur le **Tableau de Revenu** ci-dessous, il est possible que votre enfant puisse recevoir des repas gratuits OU à prix réduit.

Les élèves suivants **peuvent** être qualifiés pour recevoir les repas gratuits:

- Les les enfants placés dans une famille d'accueil
- Les élèves des familles bénéficiant de Food Supplement Program (Programmes d'Alimentation Complémentaire) (FSP) (Auparavant Food Stamps (Bons de Nourriture)) ou Temporary Cash Assistance (l'Aide Financière Temporaire) (TCA).
- Les élèves inscrits dans Even Start
- Les élèves de familles participant au programme WIC

Les élèves suivants peuvent être qualifiés pour recevoir les repas gratuits:

- Les élèves certifiés comme sans-abri ou en fuite
- Les élèves inscrits dans le programme Migrant Education (Éducation des Immigrés)
- Les élèves inscrits dans le programme de Head Start

Vous et les enfants de votre famille **n'avez pas** besoin d'être des citoyens américains pour bénéficier des repas gratuits ou à prix réduit.

| <b>TABLEAU DE REVENU</b>                                 |                      |         |              |  |
|--|----------------------|---------|--------------|--|
| À COMPTER DU 1er JUILLET 2009 JUSQU'AU 30 JUIN 2010      |                      |         |              |  |
| <u><b>NOMBRE DE PERSONNES DANS LA FAMILLE</b></u>        | <u><b>REVENU</b></u> |         |              |  |
|  | ANNUEL               | MENSUEL | HEBDOMADAIRE |  |
| 1.....   | \$ 20,036            | 1,670   | 386          |  |
| 2.....   | \$ 26,955            | 2,247   | 519          |  |
| 3.....   | \$ 33,874            | 2,823   | 652          |  |
| 4.....   | \$ 40,793            | 3,400   | 785          |  |
| 5.....   | \$ 47,712            | 3,976   | 918          |  |
| 6.....   | \$ 54,631            | 4,553   | 1,051        |  |
| 7.....   | \$ 61,550            | 5,130   | 1,184        |  |
| 8.....   | \$ 68,469            | 5,706   | 1,317        |  |
| Pour chaque membre de la famille, veuillez ajouter:..... | \$ 6,919             | 577     | 134          |  |

| <b>REVENUS À DÉCLARER</b>   |  |
|---|--|
| Déclarez tous les revenus avant taxes, assurance, et autres dépenses soient déduits ou pris   |  |
| Salaires, Pourboires  | Argent sur le compte d'épargne                       |
| Avantages en cas de grève   | Paievements des vétérans                             |
| Indemnité de chômage  | Allocations d'handicap                               |
| Indemnités de travail   | Intérêts, dividendes                                 |
| Revenus d'une exploitation agricole ou d'une affaire  | Revenus des biens et Trusts (Compte en Fidéicommiss) |
| Paievements du Temporary Cash Assistance  | Revenus d'Investissement                             |
| Pension alimentaire et allocations aux enfants  | Le revenu de quelqu'un qui ne vit pas dans la maison |
| Pensions et Revenu de Retraite  | Redevance, Rente Viagère                             |
| Tous les Social Security Income (revenus versés par la sécurité sociale) y compris les Supplemental Social Security (revenus supplémentaires de l'aide sociale) | TOUTE autre source de revenu                         |
| <b>VEUILLEZ NOTER:</b> Ne mentionnez pas les revenus d'habitation militaire privée  |  |

Tous les repas servis doivent respecter les normes de nutrition établies par l'U.S. Department of Agriculture. S'il est déterminé par un docteur qu'un enfant a un handicap qui lui interdit de manger un repas à la cantine de l'école, l'école fera les substitutions prescrites par le docteur sans aucune charge de plus pour le repas. Si vous croyez que votre enfant a besoin de substitutions à cause d'un handicap, veuillez nous contacter pour de plus amples informations.

**POUR RECEVOIR LES REPAS GRATUITS OU A PRIX REDUIT POUR VOS ENFANTS, VOUS DEVEZ REMPLIR UN NOUVEAU FORMULAIRE CHAQUE ANNEE.**

**Confidentialité**—Le personnel de l'école utilise les informations sur la demande pour déterminer si vos enfants devraient recevoir les repas gratuits ou à pris réduit. Aussi, le nom et le statut d'éligibilité de vos enfants peuvent être:

- Communiqués à des représentants locaux du Title 1 pour les buts d'évaluation et d'allocation.
- Utilisées pour des analyses de National Assessment of Educational Progress ou à d'autres fins autorisées.
- Communiqués à d'autres programmes du gouvernement Fédéral et aux programmes d'Éducation de l'État ou Santé Publique.

**Nous ne permettrons aucune autre utilisation de ces informations.**

**Faire la Demande Pour les Repas**—Vous pouvez faire la demande pour les repas à tout moment durant l'année scolaire. Si vous n'êtes pas qualifié maintenant, vous pouvez faire à nouveau la demande à tout moment durant l'année scolaire. Si vous êtes au chômage, vous pouvez être qualifié pour recevoir les bénéfices de repas durant le temps où vous êtes au chômage.

**Vérification** — À tout moment durant l'année scolaire, le personnel de l'école peut exiger que vous lui fournissiez une preuve de votre revenu ou un Programme d'Alimentation Complémentaire (FSP) ou vous recevez les bénéfices d'Aide Financière Temporaire (TCA) à tout moment durant l'année scolaire. Si vous êtes incapable de fournir la preuve, vos enfants ne pourront pas recevoir les repas gratuits ou à prix réduit.

**Procès Équitable**— Vous pouvez parler aux membres du personnel de l'école si vous n'approuvez pas la décision qui a été prise pour les droits aux repas gratuits ou à prix réduit pour vos enfants ou les résultats de Vérification. Vous pouvez également demander un procès équitable en appelant ou en écrivant au:

**Director, Department of Materials Management**  
16644 Crabbs Branch Way  
Rockville, MD 20855  
(301) 840-8170

Veillez contacter Montgomery County Public Schools pour les documents concernant ces programmes dans d'autres langues sur demande, ou si vous avez besoin d'assistance pour remplir la demande: 301-840-8155 (peut faire un appel en PCV) ou au numéro du Maryland Relay: 800-735-2258.

Vous serez notifiés quand votre demande est approuvée ou niée pour les repas gratuits ou à prix réduit.

**Veillez conserver votre lettre d'acceptation ou de refus pour vos dossiers.**

Sincèrement,

Kathleen C. Lazor, R.D., Director  
Division of Food and Nutrition Services

Conformément à la loi Fédérale et à la politique du U.S. Department of Agriculture (USDA), cette institution interdit toute discrimination en fonction de la race, de la couleur, du pays d'origine, du sexe, de l'âge ou de l'handicap. Pour porter une plainte pour la discrimination, veuillez-vous adresser au USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ou appelez le numéro gratuit (800) 795-3272 (messagerie) ou (202) 720-6382 (TTY). USDA est un prestataire et un employeur sans discrimination.

Maryland State Department of Education interdit toute discrimination illégale sur la base de la race, de la couleur, du sexe, de l'âge, de l'origine nationale, de la religion, de l'handicap, ou des préférences sexuelles en matière d'emploi ou permettant accès aux programmes. Pour des renseignements liés à la politique du Département veuillez contacter: Equity Assurance and Compliance Branch, Office of the State Superintendent, Maryland State Department of Education, 200 West Baltimore Street, Baltimore, Maryland 21201-2595 – 410 767-0433 Messagerie – 410-767-0431 FAX – 410-333-6422 TTY/TDD