

Formulário Para Receber Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido 2011–2012

Division of Food and Nutrition Services • MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Rockville, Maryland 20855

www.montgomeryschoolsmd.org/departments/foodserv-(Traduções disponíveis)

ELIG	_____
INITIALS	_____
DATE	_____
SOMENTE PARA USO OFICIAL	

Benefícios para receber Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido do último ano escolar continuará somente até o final de setembro de 2011 OU até que o formulário 2011-2012 seja processado.

Se **NÃO** estiver aplicando para os benefícios do programa de Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido, por favor descarte esse formulário.

Se **estiver** aplicando para os benefícios do programa de Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido, preencha todas as seções deste formulário. Aplicações incompletas não serão aprovadas e serão devolvidas aos candidatos.

Use **somente um** formulário para **TODOS os seus filhos**—inclusive os do Pre-K e Kindergarten e crianças em adoção temporária—**mesmo que eles frequentem escolas diferentes.**

A. INFORMAÇÃO DO ESTUDANTE. Listar somente as crianças matriculadas no Montgomery County Public Schools, indicando o Número de Identificação do Estudante (Student ID), Data de Nascimento, Escola e Série. Se TODAS as crianças incluídas no formulário forem filhos adotivos, passe para a Parte E para as assinaturas e endereço. Use folhas extras, caso necessário. Liste todo o rendimento atual de cada estudante antes das despesas e deduções de impostos, etc., e qual a frequência do seu pagamento: semanal (wk), quinzenal (bi-wk), duas vezes ao mês (twice), ou mensal (mo).							B. NÚMERO DO PROCESSO																																																																																																
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">POR FAVOR, PREENCHA COM LETRAS DE FORMA LEGIVELMENTE</th> <th rowspan="2">Inicial do Segundo Nome</th> <th rowspan="2">Número de Identidade do Estudante</th> <th rowspan="2">Data de Nascimento</th> <th rowspan="2">Nome da Escola</th> <th rowspan="2">Série</th> <th colspan="2">RENDA DO ESTUDANTE</th> <th rowspan="2">Assinale Se o Estudante For Filho Adotivo</th> </tr> <tr> <th>Sobrenome</th> <th>Nome</th> <th>Valor (se a renda for inexistente escreva 0)</th> <th>Frequência</th> </tr> <tr> <th>Last Name</th> <th>First Name</th> <th>MI</th> <th>Student ID #</th> <th>Birth Date</th> <th>School</th> <th>Grade</th> <th>Amount</th> <th>How often</th> <th>Foster Child</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>							POR FAVOR, PREENCHA COM LETRAS DE FORMA LEGIVELMENTE		Inicial do Segundo Nome	Número de Identidade do Estudante	Data de Nascimento	Nome da Escola	Série	RENDA DO ESTUDANTE		Assinale Se o Estudante For Filho Adotivo	Sobrenome	Nome	Valor (se a renda for inexistente escreva 0)	Frequência	Last Name	First Name	MI	Student ID #	Birth Date	School	Grade	Amount	How often	Foster Child										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	Liste NÚMERO DO PROCESSO (CASE number), se sua família se qualifica para o FSP, ou TCA. Números de Social Security, Medicaid e EBT não serão aceitos. O número tem que ter nove dígitos. ----- Caso um número do processo seja apresentado, informações sobre o rendimento atual e os últimos quatro dígitos do número de Previdência Social (Social Security) não serão necessários. Passe para a Parte E. A assinatura de um adulto da família e endereço são necessários.		
POR FAVOR, PREENCHA COM LETRAS DE FORMA LEGIVELMENTE		Inicial do Segundo Nome	Número de Identidade do Estudante	Data de Nascimento	Nome da Escola	Série	RENDA DO ESTUDANTE							Assinale Se o Estudante For Filho Adotivo																																																																																									
Sobrenome	Nome						Valor (se a renda for inexistente escreva 0)	Frequência																																																																																															
Last Name	First Name	MI	Student ID #	Birth Date	School	Grade	Amount	How often	Foster Child																																																																																														
									<input type="checkbox"/>																																																																																														
									<input type="checkbox"/>																																																																																														
									<input type="checkbox"/>																																																																																														
									<input type="checkbox"/>																																																																																														
									<input type="checkbox"/>																																																																																														
									<input type="checkbox"/>																																																																																														
									<input type="checkbox"/>																																																																																														

C. SE QUALQUER UMA DAS CRIANÇAS PELA QUAL O SENHOR/A ESTÁ PREENCHENDO ESTE FORMULÁRIO FOR DESABRIGADO, MIGRANTE, OU FUGIU DE CASA, ASSINALE: _____ DESABRIGADO _____ MIGRANTE _____ FUGIU DE CASA e ligue para a escola correspondente ou para o contato de ajuda para crianças desabrigadas (Homeless Liaison) no **301-279-3322**.

D. TODOS OS OUTROS MEMBROS DA CASA. Liste todos os demais membros da casa, **NÃO INCLUA OS ALUNOS DA PARTE A**. Sua casa inclui todos aqueles morando como uma unidade econômica—inclua a si mesmo/a e qualquer pessoa morando com o senhor/a, mesmo que não seja do mesmo parentesco, inclusive todas as crianças em adoção temporária que não foram listadas na Parte A. Liste **todo** o rendimento atual da casa **antes** das despesas e deduções de impostos, etc., e qual a frequência dos pagamentos: semanal (wk), quinzenal (bi-wk), duas vezes ao mês (twice), ou mensal (mo). Se o seu pagamento varia, liste o valor que o senhor/a normalmente recebe.

POR FAVOR, PREENCHA COM LETRAS DE FORMA LEGIVELMENTE			SALÁRIO antes das deduções Trabalho 1		SALÁRIO antes das deduções Trabalho 2		TODOS OS OUTROS RENDIMENTOS Mensalidade para o filho (Child Support) ou pensão para o cônjuge (Alimony), TCA, aposentadoria, previdência social (Social Security)		Assinale no caso de não haver salário nenhum
Sobrenome	Nome	Inicial do segundo nome	Valor	Frequência	Valor	Frequência	Valor	Frequência	Check if no income
Last Name	First Name	MI	Amount	How often	Amount	How often	Amount	How often	
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>

E. ASSINATURA E ÚLTIMOS QUATRO DÍGITOS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. Declaro que toda informação é verdadeira e que a minha renda total está apresentada. Entendo que esta informação está sendo apresentada para o recebimento de fundos federais para a escola; que os funcionários da escola podem verificar a informação; e que se eu intencionalmente der informação falsa, meus filhos podem perder os benefícios de refeição e eu posso ser processado.

Assinatura do Adulto Responsável Pela Família
Signature, Adult in Household _____

Número de Previdência Social
Últimos 4 dígitos

X	X	X	-	X	X	-				
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Telefone de Trabalho
Work Phone _____
Cep
ZIP Code _____

<input type="checkbox"/>	Não tenho um número de Previdência Social I do not have a Social Security Number)
--------------------------	---

Nome Escrito Em Letras de Forma
Print Name _____
Endereço
Address _____

Telefone de Casa
Home Phone _____
Cidade
City _____

Data
Date _____

* Declaração da Legislação de Privacidade: Isto explica como usaremos a informação que o senhor/a nos fornecer. Richard B. Russell National School Lunch Act requer toda a informação fornecida neste requerimento. O senhor/a não é obrigado/a a fornecer a informação se não quiser, mas se o senhor/a não fornecer, nós não poderemos aprovar o seu pedido para Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido. O adulto responsável pela família que assina este documento tem que fornecer seu número de Previdência Social. Os últimos quatro dígitos do número de Previdência Social somente não são necessários quando o senhor/a está preenchendo o formulário para uma criança em adoção temporária, ou se o senhor/a apresentar um número de processo do Programa de Suplemento Alimentar (Food Supplement Program) ou do programa de Assistência Provisória de Dinheiro (Temporary Cash Assistance-TCA), ou quando o senhor/a indicar que o adulto responsável que assina o formulário não tem um número de Previdência Social. Sua informação será utilizada para determinar se seu filho/a é elegível para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido, e também para a fiscalização e administração do programa de café-da-manhã e almoço. Nós PODEMOS divulgar sua informação de elegibilidade para programas de educação, saúde e nutrição para que seja possível avaliar, arrecadar fundos ou determinar os benefícios necessários para os programas, auditorias para revisões do programa, e para os funcionários da justiça, a fim de ajudá-los a examinar infrações das regras do programa.

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

Prezados Pais ou Tutor (ou Pessoa Responsável):

Montgomery County Public Schools serve café-da-manhã e almoço todos os dias escolares. Se o seu rendimento total é menor ou igual aos valores que constam no **Gráfico de Rendimentos** abaixo, seu filho/a pode ser considerado/a para receber refeições **gratuitas ou a preço reduzido**.

Estudantes que **podem** se qualificar para receber refeições gratuitas:

- Estudantes inscritos no programa Even Start
- Estudantes pertencentes a famílias que participam no programa para mulheres e crianças (Women, Infants and Children-WIC)

Estudantes **que se qualificam** para receber refeições gratuitas são:

- Crianças adotivas temporárias
- Estudantes que são desabrigados ou fugiram de casa
- Estudantes inscritos no programa para educação de migrantes (Migrant Education)
- Estudantes inscritos no programa Head Start
- Estudantes pertencentes a famílias que recebem benefícios do programa de suplemento alimentar (Food Supplement Program-FSP) (antigamente conhecido como Food Stamps) ou que recebem assistência provisória de dinheiro (Temporary Cash Assistance-TCA)

CIDADANIA DOS ESTADOS UNIDOS NÃO É NECESSÁRIA PARA SER ELEGÍVEL A RECEBER REFEIÇÕES GRATUITAS OU A PREÇO REDUZIDO

TABELA DE RENDA				
<u>NÚMERO DE PESSOAS EM CASA</u>	<u>RENDA</u>			
		ANUAL	MENSAL	SEMANAL
1	\$	20,147	1,679	388
2		27,214	2,268	524
3		34,281	2,857	660
4		41,348	3,446	796
5		48,415	4,035	932
6		55,482	4,624	1,067
7		62,549	5,213	1,203
8		69,616	5,802	1,339
Para cada membro da família adicione:				
	\$	7,067	589	136

Todas as refeições oferecidas terão que passar pelas normas estabelecidas pelo U.S. Department of Agriculture. Se seu filho/a tem algum problema de saúde, diagnosticado por um médico, que não o/a permite comer as refeições normais oferecidas pela escola, a escola terá que oferecer um cardápio alternativo prescrito pelo médico sem custos extras. Se esse for o caso, entre em contato com a escola para receber maiores informações.

PARA RECEBER O BENEFÍCIO DE REFEIÇÕES GRATUITAS OU A PREÇO REDUZIDO, O SENHOR/A TERÁ QUE PREENCHER UM NOVO FORMULÁRIO DE PEDIDO A CADA ANO. A NÃO SER QUE LHE INFORMARAM QUE SEU FILHO/A FOI APROVADO/A PARA O NOVO ANO ESCOLAR.

Confidencialidade—Funcionários da escola usam a informação deste formulário para determinar se seu filho/a é elegível para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Também, o nome e a elegibilidade do seu filho/a podem ser:

- Dados para funcionários locais de Title 1 para as finalidades de distribuição e avaliação.
- Usados para análise ou outras finalidades autorizadas pelo National Assessment of Educational Progress.
- Dados para outros programas de educação do governo Federal ou Estadual ou programas de saúde Estadual.

Nenhum outro uso desta informação é permitido.

Inscra-se para as refeições—O senhor/a poderá se inscrever a qualquer hora durante o ano letivo. Se não for qualificado/a agora, poderá reinscrever-se a qualquer hora durante o ano letivo. Caso o senhor/a fique desempregado/a, poderá receber o benefício do programa de refeições durante o período em que estiver desempregado.

Verificação—Os funcionários de escola podem pedir prova de sua renda ou do programa de suplemento alimentar (Food Supplement Program-FSP) ou dos benefícios de TCA em qualquer tempo durante o ano escolar. Caso o senhor/a não possa fornecer prova, seu filho/a poderá ser retirado/a do programa de refeições gratuitas ou a preço reduzido.

Audiência (Tribunal)—Se o senhor/a não concordar com o resultado do seu pedido para seu/sua filho/a receber benefícios do programa de refeições ou o resultado da verificação, pode discutí-lo com os funcionários da escola. Também, o senhor/a pode escrever ou telefonar para pedir uma audiência a:

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

Por favor, entre em contato com Montgomery County Public Schools para receber os documentos relativos ao programa em outras línguas ou caso necessite assistência para preencher a inscrição: 301-840-8170 (pode ligar à cobrar) ou Maryland Relay: 800-735-2258.

Atenciosamente,

Marla R. Caplon
Marla R. Caplon, Director

Division of Food and Nutrition Services

Política Anti-Discriminatória: Isto explica o que fazer se o senhor/a acredita estar sendo tratado/a injustamente. "De acordo com a lei Federal e com os regulamentos do U. S. Department of Agriculture (USDA) este órgão tem

<u>RENDA A DECLARAR</u>	
Declare toda renda atual sem dedução de despesa, imposto, previdência, ou qualquer outra despesa.	
Ganhos, Salários, Gorjetas	Dinheiro da Poupança
Benefícios Sindicais	Pagamentos de Veteranos
Compensação por Desemprego	Benefícios de Incapacidade
Benefícios por Acidente de Trabalho	Juros, Dividendos
Rendimento de Fazenda ou Negócios Próprios	Renda Gerada por Propriedades ou Bens
Temporary Cash Assistance (TCA)	Renda de Investimentos
Pensão Para Cônjuge e Mensalidade Para Filho	Renda de Qualquer Pessoa Que Não Mora Na Sua Casa
Pensões e Aposentadoria	Anuidade e Honorários
Todos os Rendimentos da Previdência Social, Incluindo Rendimentos do "Supplemental Social Security"	TODAS outras formas de renda
OBSERVAÇÃO: Se o senhor/a estiver no Military Privatized Housing Initiative ou receber pagamento por combate, não declare esses ganhos como rendimento.	

proibido qualquer tipo de discriminação por cor, raça, nacionalidade, sexo, idade ou incapacidade". Para reclamações de discriminação, escreva para USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, ou ligue para (866) 632-9992. Deficientes auditivos ou da fala podem contactar o USDA através do Federal Relay Service; ligue para (800) 877-8339 ou (800) 845-6136 (Espanhol). USDA emprega e fornece serviços oferecendo igualdade de oportunidades para todos.

Maryland State Department of Education não discrimina por idade, descendência, cor, crença, identidade e expressão sexual, informação genética, estado civil, incapacidade, nacionalidade, raça, religião, sexo ou orientação sexual em questões de oportunidades de trabalho ou em relação ao acesso a programas. Se tiver dúvidas sobre as regras do Departamento, por favor entre em contato com: 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 voz; 410-767-0431 FAX; 410-333-6442 TTY/TDD.

Compartilhando Informações com outros programas-

Informações que o senhor/a providenciar serão usadas para determinar se seu filho/a será aprovado/a para receber Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido. A elegibilidade do seus filhos também poderá ser usada para outros fins autorizados, compartilhados com oficiais locais do Title 1 e usada para análise na Avaliação Nacional de Progresso Educacional (National Assessment of Educational Progress).

Sua família poderá também ser elegível para receber benefícios do Programa de Suplemento Alimentar (Food Supplement Program-FSP) ou do Programa para Mulheres e Crianças (Women, Infants and Children-WIC). Afim de compartilhar seus dados com esses programas, precisamos da sua autorização. Sua decisão não altera se seu filho/a receberá ou não Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido. Se o senhor/a quiser compartilhar seus dados com FSP ou WIC assinale a opção "SIM".

O senhor/a poderá ser contactado/a para submeter um requerimento para o FSP ou WIC caso selecione SIM:

- Sim, eu quero** que meus dados do formulário para receber Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido sejam compartilhados com FSP.
- Sim, eu gostaria** de compartilhar com WIC as informações do Pedido Para Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido

Se seus filhos forem qualificados para obterem refeições gratuitas ou a preço reduzido eles poderão também obter seguro de saúde gratuito ou de baixo custo através do Medicaid ou do MD Children's Health Insurance Program (MCHIP). A lei permite-nos informar ao Medicaid e MCHIP que seus filhos foram qualificados para receber Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido, a não ser que o senhor/a diga que não. Sua decisão não altera se seu filho/a receberá ou não Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido. Se o senhor/a não quiser compartilhar informações com o Medicaid ou com o (MCHIP) assinale "NÃO".

- Não, EU NÃO** quero que minhas informações fornecidas na inscrição das Refeições Gratuitas ou a Preço Reduzido sejam compartilhadas com o Medicaid ou MCHIP.