

Formulaire de Demande Pour les Repas Gratuits et à Prix Réduit 2011–2012 Pour les Familles

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

www.montgomeryschoolsmd.org/departments/foodserv - (Traductions Disponibles)

ELIG	_____
INITIALS	_____
DATE	_____
À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT	

L'éligibilité pour l'allocation des repas de l'année scolaire dernière restera en vigueur seulement jusqu'en septembre 2011 OU jusqu'à ce que le formulaire de demande de 2011-2012 soit traité.

Si vous **NE** voulez PAS faire de demande pour les repas gratuits ou à prix réduit, veuillez ignorer ce formulaire.

Si vous **FAITES** une demande pour les repas gratuits ou à prix réduit, veuillez remplir toutes les sections appropriées de ce formulaire de demande. Les demandes incomplètes ne peuvent 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 au foster (élèves placés dans une famille d'accueil) - **même s'ils vont dans différentes écoles.**

A. INFORMATIONS DES ÉLÈVES										B. NUMÉRO DU DOSSIER.		
Veuillez énumérer TOUS les élèves inscrits à Montgomery County Public Schools SEULEMENT, Numéro d'Identité de l'Élève, Date de Naissance, École, et Grade (Niveau). Si TOUS les enfants sont énumérés comme des enfants placés dans une famille d'accueil passez à la partie E pour la signature et l'adresse. Veuillez utiliser une autre feuille si vous en avez besoin. Veuillez énumérer le revenu actuel de l'élève avant les dépenses et les déductions d'impôts, etc., et écrire combien de fois il est payé: hebdomadaire (wk), toutes les deux semaines (bi-wk), deux fois dans le mois (twice) ou mensuellement (mo).										Inscrivez le Numéro du DOSSIER si la famille qualifie pour le programme FSP, ou TCA Les numéros de la Sécurité Sociale, Medicaid et les numéros du EBT ne sont pas acceptés. Doit être un numéro à neuf chiffres.		
VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE		Deuxième prénom	Numéro d'Identification de l'Élève #				Date de Naissance	École	Grade	REVENU DE L'ÉLÈVE		VÉRIFIEZ si l'élève est un enfant vivant dans une famille d'accueil
Nom de Famille	Prénom		Student ID #	Birth Date	School	Grade				Montant (si Vous N'avez PAS de Revenu, écrivez 0)	Combien de fois?	
Last Name	First Name	MI	Student ID #	Birth Date	School	Grade	Amount	How often			<input type="checkbox"/>	
											<input type="checkbox"/>	
											<input type="checkbox"/>	
											<input type="checkbox"/>	
											<input type="checkbox"/>	
											<input type="checkbox"/>	
											<input type="checkbox"/>	
											<input type="checkbox"/>	

C. SI VOUS FAITE LA DEMANDE POUR N'IMPORTE QUEL ENFANT SANS ABRI, MIGRANT, OU UN FUGITIF, COCHEZ UNE CASE : SANS ABRI MIGRANT FUGITIF et appelez école ou votre Homeless Liaison (bureau de Liaison des Sans abri) au **301-279-3322**.

D. TOUS LES MEMBRES DE LA FAMILLE.									
Veuillez énumérer le nom de toutes les autres personnes qui vivent dans la maison, NE PAS INCLURE LES ÉLÈVES ÉNUMÉRÉS DANS LA PARTIE A. Votre famille inclut tous ceux qui y vivent comme une unité économique – vous y compris et n'importe qui vivant avec vous, s'ils ont ou pas de lien de parenté avec vous; y compris tous les enfants vivant dans la famille d'accueil qui ne sont pas énumérés dans la section A. Énumérez tous les revenus actuels de la famille avant les dépenses et les déductions fiscales, etc. et combien de fois la paye se fait: par semaine (wk), toutes les deux semaines (bi-wk), deux fois par mois (deux fois), ou mensuellement (Mo). Si votre revenu varie, écrivez le montant que vous gagnez d'habitude.									
VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE		Deuxième prénom	SALAIRE de votre EMPLOI avant déductions d'Emploi 1		SALAIRE de votre EMPLOI avant déductions d'Emploi 2		TOUTE AUTRE SOURCE DE REVENUS		VEUILLEZ COCHER PAS de Revenu
Nom de Famille	Prénom		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 none
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>

E. SIGNATURE ET LES QUATRE DERNIERS NUMÉROS DE LA 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) du fait que la déclaration intentionnelle de fausses informations puisse également faire l'objet d'un procès.

Signature d'un Adulte de la Famille

Signature, Adult in Household _____

Écrivez Lisiblement Votre Nom

Print Name _____

Adresse

Address _____

Sécurité Sociale Quatre derniers numéros(SSN #)

Numéro de Téléphone du Domicile

Home Phone _____

Ville

City _____

X X X - X X - _____

Numéro de Téléphone du Travail

Work Phone _____

Code Postal

ZIP Code _____

Je n'ai pas de numéro de sécurité sociale. I do not have a Social Security Number)

Date

Date _____

* Privacy Act Statement (Déclaration de la Loi sur la Protection de la Vie Privée): Ceci explique comment nous utilisons les informations que vous nous donnez. Richard B. Russell National School Lunch Act (Loi Nationale Concernant le Déjeuner Scolaire de Richard B. Russell) exige les informations sur ce formulaire de demande. Vous n'êtes nullement tenus de fournir toutes les informations demandées; si vous ne le faites pas, vous ne pourrez pas recevoir les bénéfices des repas gratuits ou à prix réduit. Vous devez inclure les quatre derniers numéros de la sécurité sociale du membre adulte de votre famille qui signe la demande. Les quatre derniers numéros de la sécurité sociale ne sont pas exigés quand vous faites une demande de la part d'un enfant qui vit dans votre famille d'accueil ou lorsque vous énumérez un Food Supplement Program (Programme d'Assistance Nutritionnelle Complémentaire) ou Temporary Cash Assistance (l'Aide Financière Temporaire), ou quand vous indiquez que le membre adulte de votre famille signant la demande n'a pas de Numéro de sécurité sociale. Nous utiliserons votre information pour déterminer si votre enfant est qualifié pour recevoir des repas gratuits ou à prix réduit, et pour l'administration et pour le maintien des programmes du déjeuner et du petit déjeuner. IL EST POSSIBLE que les informations concernant 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, les 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.

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 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 enfants placés dans une famille d'accueil
- Les élèves certifiés comme sans-abri ou en fuite
- Les élèves inscrits dans le programme Migrant Education (Éducation des Migrants)
- Les élèves inscrits dans le programme Head Start
- Les élèves des familles bénéficiant du Food Supplement Program (Programme d'Assistance Nutritionnelle Complémentaire) (FSP) ou Temporary Cash Assistance (l'Aide Financière Temporaire) (TCA).

LA NATIONALITÉ AMÉRICAINE N'EST PAS EXIGÉE POUR ÊTRE QUALIFIÉ/E POUR LES REPAS GRATUIT OU À PRIX RÉDUIT

TABLEAU DE REVENU

**NOMBRE DE PERSONNES
DANS LA FAMILLE**

		REVENU		
		ANNUELLE	MENSUELLE	HEBDOMADAIRE
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

Pour chaque membre de la famille, veuillez ajouter:

\$	7,067	589	136
----	-------	-----	-----

Tous les repas servis doivent respecter les normes de nutrition établies par le 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 À PRIX RÉDUIT POUR VOS ENFANTS, VOUS DEVEZ REMPLIR UN NOUVEAU FORMULAIRE CHAQUE ANNÉE. À MOINS QUE L'ON NE VOUS AIT DIT QUE VOTRE ENFANT EST ÉLIGIBLE POUR LA NOUVELLE ANNÉE SCOLAIRE.

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

- Communiqués à des représentants locaux du Titre 1 pour des buts d'évaluation et d'allocation.
- Utilisés 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 de la Santé Publique.

Nous ne permettons 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 d'un Programme d'Assistance Nutritionnelle Complémentaire (FSP) ou si vous recevez les bénéfices d'Aide Financière Temporaire (TCA). 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 avoir droit aux repas gratuits ou à prix réduit pour vos enfants ou si vous n'approuvez pas 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
Téléphone: (301) 840-8170

Veuillez 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 cette demande: 301-840-8155 (vous pouvez faire un appel en PCV) ou au numéro du Maryland Relay: (800) 735-2258.

Sincèrement,

Marla R. Caplon

Marla R. Caplon, Directrice
Division of Food and Nutrition Services

REVENUS À DÉCLARER

Déclarez tous les revenus avant le prélèvement des impôts, assurance, et toutes autres dépenses qui soient déduites ou retranchées.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Salaires, Pourboires | Argent sur le compte d'épargne |
| Avantages en cas de grève | Paiements aux 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 |
| Temporary Cash Assistance (Aide Financière Temporaire) (TCA). | (Compte en Fidéicommiss) |
| Pension Alimentaire et Allocations aux Enfants | Revenu d'Investissement |
| Pensions et Revenu de Retraite | Le revenu de quelqu'un qui ne vit pas dans la maison |
| Tous les Social Security Income (revenus versés par la sécurité sociale) y compris les | Redevance, Rente Viagère |
| Supplemental Social Security (revenus supplémentaires de l'aide sociale) | TOUTE autre source de revenu |

NOTEZ: si vous faites partie du Military Privatized Housing Initiative (l'Initiative des Logements Privatisés des Militaires) ou recevez un combat pay (prime au combat), veuillez ne pas reporter ces indemnités comme revenu.

Déclaration de Non-discrimination: Ceci explique quoi faire si vous croyez avoir été traité injustement. "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 contre la discrimination, écrivez au Directeur, Office of Adjudication, USDA, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ou appelez le (866) 632-9992. Les Individus qui sont malentendants ou présentant des troubles de langage peuvent contacter USDA par le Federal Relay Service (Service de Relais Fédéral) au (800) 877-8339 ou (800) 845-6136 (Espagnol) USDA est un prestataire et un employeur sans discrimination. Maryland State Department of Education interdit toute discrimination illégale sur la base de l'âge, de l'ascendance, de la couleur, de la croyance, de l'identité du genre et de l'expression, l'information génétique, l'état matrimonial, de l'handicap, l'origine nationale, de la race, de la religion, du sexe, ou des préférences sexuelles en matières affectant l'emploi ou en ce qui concerne l'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 Voice- 410-767-0431 FAX- 410-333-6442 TTY/TDD.

Partager des Informations Avec d'Autres Programmes-

Les informations que vous fournissez seront utilisées pour déterminer l'éligibilité de vos enfants pour les repas gratuits ou à prix réduit. Le statut d'éligibilité de vos enfants peut être aussi utilisé pour d'autres buts autorisés, partagé avec les fonctionnaires locaux du Titre 1 et utilisé pour l'Évaluation Nationale d'Analyses des Progrès Éducatives.

Votre famille peut également être qualifiée à recevoir des prestations d'aide alimentaire conformément au Programme d'Assistance Nutritionnelle Complémentaire (Food Supplement Program) (FSP), ou le Programme de Nutrition supplémentaire pour les Femmes, Nouveau-nés, et Enfants (Women's, Infants, and Children) (WIC) Pour partager vos informations avec ces programmes, nous devons avoir votre permission. Votre décision ne changera pas si vos enfants reçoivent les repas gratuits ou à prix réduits. Si vous voulez que vos informations soient partagées avec FSP ou WIC cochez la case "OUI".

On peut vous contacter concernant la soumission d'une demande pour le FSP ou WIC si vous avez choisi "OUI":

Oui, je veux que les informations de la Demande des Repas Gratuits et à Prix Réduits soient partagées avec le Programme FSP.

Oui, je veux que les informations de la Demande des Repas Gratuits et à Prix Réduits soient partagées avec le Programme WIC.

Si vos enfants sont qualifiés pour recevoir les repas gratuits ou à prix réduit ils peuvent pouvoir également obtenir l'assurance maladie gratuite ou à prix abordable par Medicaid ou MD Children's Health Insurance Program (MCHIP) (Programme d'Assurance Maladie de MD pour les Enfants). La loi nous permet d'informer Medicaid et MCHIP que vos enfants ont droit à des repas gratuits ou à prix réduits, à moins que vous ne disiez non. Votre décision ne changera pas si vos enfants reçoivent les repas gratuits ou à prix réduit. Si vous ne voulez pas que les informations soient partagées avec Medicaid ou le Programme d'Assurance maladie de MD des Enfants (MCHIP) cochez la case "NON".

NON, JE NE Veux PAS que les informations de ma Demande pour le Repas Gratuit et à Prix Réduit soient partagées avec Medicaid ou MCHIP.