

2019-2020 Community Eligibility Provision (CEP)/Provision 2 non-base year

Wyandanch Union Free School District is participating in the Community Eligibility Provision (CEP) or Provision 2 in a non-base year. All children in the school will receive meals/milk at no charge regardless of household income or completion of this form. This form is to determine eligibility for additional State and federal program benefits that your child(ren) may qualify for. Read the instructions on the back, complete **only one** form for your household, sign your name and return it to the school named above. Call 631-870-0520 if you need help.

1. List all children in your household who attend school:

Student Name	School	Grade/Teacher	Foster Child	No Income
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR Benefits:

If anyone in your household receives either SNAP, TANF or FDPIR benefits, list their name and CASE # here. Skip to Part 5, and sign the application.

Name: _____ CASE # _____

3. Household Gross Income: List all people living in your household, how much and how often they are paid (weekly, every other week, twice per month, monthly). Do not leave income blank. If no income, check box. If you have listed a foster child above, you must report their personal income.

Name of household member	Earnings from work before deductions <i>Amount / How Often</i>	Child Support, Alimony <i>Amount / How Often</i>	Pensions, Retirement Payments <i>Amount / How Often</i>	Other Income, Social Security <i>Amount / How Often</i>	No Income
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

4. Signature: An adult household member must sign this application.

I certify (promise) that all of the information on this application is true and that all income is reported. I understand that the information is being given so the school may receive federal funds. The school officials may verify the information and if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable State and federal laws, and my children may lose meal benefits.

Signature: _____ Date: _____

Email Address: _____

Home Phone _____ Work Phone _____ Home Address _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
 Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice per Month X 24; Monthly X 12

- SNAP/TANF/Foster
- Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____
- Free Eligibility Reduced Eligibility Denied Eligibility
- Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

PART 1 ALL HOUSEHOLDS MUST COMPLETE STUDENT INFORMATION. DO NOT FILL OUT MORE THAN ONE FORM FOR YOUR HOUSEHOLD.

- (1) Print the names of the children, including foster children, for whom you are applying on one form.
- (2) List their grade and school.
- (3) Check the box to indicate a foster child living in your household, and check the box for each child with no income.

PART 2 HOUSEHOLDS GETTING SNAP, TANF OR FDPIR SHOULD COMPLETE PART 2 AND SIGN PART 4.

- (1) List a current SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), TANF (Temporary Assistance for Needy Families) or FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) case number of anyone living in your household. Do not use the 16-digit number on your benefit card. The case number is provided on your benefit letter.
- (2) An adult household member must sign the form in PART 4. **SKIP PART 3** - Do not list names of household members or income if you list a SNAP, TANF or FDPIR number.

PARTS 3 & 4 ALL OTHER HOUSEHOLDS MUST COMPLETE ALL OF PARTS 3 AND 4.

- (1) Write the names of everyone in your household, whether or not they get income. Include yourself, the children you are completing the form for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people living in your household. Use another piece of paper if you need more space.
- (2) Write the amount of current income each household member receives, before taxes or anything else is taken out, and indicate where it came from, such as earnings, welfare, pensions and other income. If the current income was more or less than usual, write that person's usual income. **Specify how often this income amount is received: weekly, every other week (bi-weekly), 2 x per month, monthly. If no income, check the box.** The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care and Development Block Grant, TANF and At Risk Child Care Programs should not be considered as income for this program.

PRIVACY ACT STATEMENT

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us.

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number are not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Food Stamp, Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

DISCRIMINATION COMPLAINTS

The U.S. Department of Agriculture (USDA) prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.)

If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form (PDF), found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov

**2019-2020 comunidad elegibilidad provisión (CEP) / disposición 2 años de base no
Formulario de elegibilidad de ingreso**

Wyandanch Union Free School District participa en la comunidad de elegibilidad provisión (CEP) o 2 de la disposición en un año no base. Todos los niños de la escuela recibirán comidas leche sin costo alguno sin importar ingreso o terminación de esta forma. Este formulario es para determinar la elegibilidad de estado adicional y los beneficios del programa federal que su hijo puede calificar para. Lea las instrucciones en la parte trasera, completa **solamente una** forma para su hogar, firmen su nombre y volver a la escuela nombrada arriba. Llamar al 631-870-0520 si usted necesita ayuda.

1. lista de todos los niños en su hogar que asisten a la escuela

Nombre del estudiante	Escuela	Maestra de grado	Hijo de crianza	Sin ingresos
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:

Si alguien en su hogar recibe beneficios SNAP, TANF o FDPIR, indique su nombre y caso # aquí. Saltar a la parte 5 y firme la solicitud.

Name: _____ CASE # _____

3. ingreso bruto: Lista todas las personas viven en su hogar, cuánto y cuánto se les paga (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual). No deje en blanco la renta. Si no hay ingresos, la casilla. Si se aparece a un niño anterior, deben reportar sus ingresos personales.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad / frecuencia</i>	Manutención infantil, pensión alimenticia <i>Cantidad / frecuencia</i>	Pensiones, jubilación Pagos <i>Cantidad / frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad / frecuencia</i>	Sin ingresos
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

4. firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación. Certifico (promesa) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se divulgan. Entiendo que la información se está dando para que la escuela puede recibir fondos federales. Los funcionarios de la escuela pueden verificar la información y si me dar intencionalmente información falsa, yo puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: _____ Dia: _____

Email: _____
Telefono de casa _____ telefono del trabajo _____ Direccion _____

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster
 Income Household: Total Household Income/How Often: _____ Household Size: _____
 Free Eligibility Reduced Eligibility Denied Eligibility
 Signature of Reviewing

CEP/disposición 2 año Base no ingreso forman instrucciones

PARTE 1 LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES. NO LLENAR MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.

- (1) Imprimir los nombres de los niños, incluyendo niños de crianza, para que te inscribes en una forma.
- (2) Lista de su escuela y grado.
- (3) Marque la casilla para indicar que un niño vive en su hogar y marque la casilla para cada niño sin ingresos.

Parte 2 Hogares para SNAP, TANF o FDPIR debe completar parte 2 y parte de la muestra 4.

- (1) Lista de un actual SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), TANF (asistencia temporal para familias necesitadas) o FDPIR (programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas) número del caso de alguien viviendo en su hogar. No utilice el número de 16 dígitos de su tarjeta de beneficios. El número de caso es proporcionado en su carta.
- (2) Un adulto miembro del hogar tiene que firmar el formulario en la parte 4. **SALTO parte 3** -no lista de nombres de miembros de la familia o los ingresos si se lista un número de SNAP, TANF o FDPIR.

PARTES 3 y 4 los otros hogares deben completar todos los partes 3 y 4.

- (1) Escribir los nombres de cada uno en su casa, o no reciben ingresos. Incluirse, los niños están completando el formulario, otros niños, su cónyuge, abuelos y otras personas relacionadas y no relacionadas en su hogar. Utilizar otro pedazo de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos recibe de cada miembro de la familia, antes de impuestos o cualquier otra cosa se saca e indicar procedencia, tales como ingresos, bienestar, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual fue más o menos lo normal, escriba ingresos habituales de esa persona. **Especificar cuánto se recibe esta cantidad de ingresos: semanal, cada dos semanas (quincenal), 2 veces por mes, cada mes. Si no hay ingresos, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado de niños proporcionado o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por esos cuidados de niño o reembolso de gastos para este tipo de atención en el cuidado infantil y desarrollo Block Grant, TANF y en programas de cuidado de niños de riesgo **no se considera como ingreso para este programa.**

Declaración de la ley de privacidad

Declaración de la ley de privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que usted nos da.

La ley de almuerzo escolar nacional Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro de la familia adulta que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son requeridos cuando usted se aplica en nombre de un niño adoptivo o usted lista una estampilla de comida, asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) programa o programa de distribución de alimentos en reservaciones indias (FDPIR) número de caso o otro identificador de FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto de la casa que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con la educación, programas de salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas, y funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa.

Quejas de la discriminación

El Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre las bases de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, en su caso, las creencias políticas, el estado civil, el estatus familiar o parental, la orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se derivan de cualquier programa de asistencia pública, o de información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiado por el Departamento. (no todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si desea presentar una queja de discriminación por el programa de derechos civiles, complete el formulario de quejas sobre discriminación en el programa del USDA (pdf), que se encuentra en línea en http://www.ASCR.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 a Solicite el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de reclamación o carta completa a nosotros por correo al Departamento de agricultura de los Estados Unidos, Director, oficina de adjudicación, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico a Program.Intake@usda.gov

**2019-2020 Kominite Eljibilite Pwovizyon (CEP)/Pwovizyonon 2 non-baz ane
Kay Sale Kay Eljibilite Fom**

Wyandanch Union Free School District ap patisipe nan Komionite Eljibilite Provizyon (CEP) oubyen Provizyon 2 nan yon Estet non-baz ane. Tout timoun nan lekòl la ap resewva manje/let gratis kelkeswa sale kay la ou ke ou ranpli fom sa. Fom sa ap detèmine si ou kalifye pou plis Estet avek federal pwogram benefis pou timoun yo ki kalifye. Li entriksyon yo ki padeye, komplete yon sel fom pou kay la, siyen non ou e retounen li nan non lekòl ke pitit ou prale. Rele 631-870-0520, si ou bezwen ed.

1. Ekri non tout ti moun lakay ou kilekl:

Non Elev	Lekol	Klas/Pwofese	Ti moun Adoptif	San Sale
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR Benefis

Si gen yon moun lakay ou ki resewvaf soi SNAP, TANFo ubyen FDPIR benefis ,ekri non yo e # KA lan la. Sote to Patit 5, e siyen aplikasyon .

Non: _____ KAS# _____

3. Lajen kay la avan taks: Ekri non tout moun ki rete nan kay la, konbyen konbyen fwa yo touché (pa semen chak de semen chak lot semen , de fwa pa mwa pa mwa,). Pa kite sale ou vido . Si ou pa gen sale , cheke bwat la.Si ou ekri non pitit adoptif , ou dwe rapote sale li i.

Non mouin ki nan kay la	Lajen ke ou touche nan travay ou anva n yo retire <i>Kombyen/ Kombyen Fwa</i>	Ti moun ou ap Sipote , Pansyon alimante <i>Kombyen / Kombyen Fwa</i>	Pansyon, Retret Peman Pagos <i>Kombten/ Kombyen Fwa</i>	Lot saletros ingresos, Sekiryte Sosyal <i>Kombyen/ Kombyen Fwa</i>	San Sale
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

4. Siyati: Yon adilt ki nan kay la dwe siyen aplikasyon sa.
Mwen setifye (pwomet) ke tout enfomasyon nan aplikasyon vre ak ke tout sale ki rapote. Mwen konnen ke enfomasyon se pou lekòl la ka resewva federal fon. Ofisye lekòl yo ap verifiye enfomasyon e si gen enfomasyon ki bay pa expre, yo ka pwosekite mwen dapre Estet e federal lwa ki aplikab, e pitit mwen yo ka pedi benefis pou manje .
Siyati: _____ Dat: _____

Imel Adres: _____
Telefon Kay _____ Telefon Travay _____ Adres Kay _____

PA EKRI ANBA LIGN SA POU LEKOL SELMAN

**ISale Anyel Konversyonnnual Income Conversion (Selman konveti le sale miltip frekans yo rapote nan aplikasyon an)
De fwa X 52; Chak DE Semen (pa kenzen) X 26; De Fwa Pa Mwa X 24; Pa Mwa X 12**

SNAP/TANF/Adopsyon

Sale Kay: Total Sale Kay /Kombyen Fwa: _____ / _____ Kantite Moun : _____

Eljibilite Gratis Redwi Eljibilite Refize Eljibilite

Siyati Ofisye Evalyasyonl _____ Dat Avi Ale : _____

1 PATI

TOUT KAY DWE KOMLETE ENFOMASYON ELEV. PA RANPLI PLIS KE YON FOM POU KAY LA .

- (1) Ekri an let detache non timoun yor, enkli timoun adoptif , ke ou ap aplike nan yon fom applying on .
- (2) Ekri klas e lekòl yo.
- (3) Cheke bwat la pou endike yon pitit adptif ki rete lakay ou , e cheke bwat pou chak timoun ki san sale .

2 PATI

KAY KI GENYEN SNAP, TANF OUBYEN FDPIR DWE KOMLETE 2E PATI SIYEN 4 PATI.

- (1) Ekri yon SNAP aktyel (Siplemental Nitrisyon Asistans Pwogram), TANF (Asistans Tampore pou fanmi ki nan bezwen) oubyen FDPIR (Distribisyon Pwogram Manje nan Rezevasyon Endyen) ka niimewote nimpot moun ki rete lakay ou . Pa itilize 16-chif nan kat benefis ou . Nimewo kas la nan let pou benefis ou.
- (2) Yon adilt ki nan kay la dwe siyen fom nan ki nan PART 4. **SOTE 3 PATI** - Pa ekri non moun ki rete nan kay la oubyen sale si ou gen yon SNAP, TANF oubyen FDPIR nimewo.

3&4 PATI

TOUT LOT KAY DWE KOMLETE YOUT 3AVEK 4 PATI

- (1) Ekri non tout moun ki nan kay ou, ke yon genyen on sale ou pa . enkli tet ou , fom ou ap komplete pou ti moun yo , tout lot timoun , mari oswa madanm, granparan, avek lot fanmi ak lot moun ki pa fanmi ki abite nan kay la . Itilize yon lot papye si ou bezwen plis plas.
- (2) Ekri kombyen kob chak moun nan kay la resevwa, avan tax oubyen si yo retire lajan sou yo , e indike ki kote li sot, tankou lajan ou touche, asistans sosyal, pensyon avek lot sale . Si sale aktyel la plis ou mwens ke dabitid , eksale abityel moun sa a . **Espesifye kombyen fwa ou resevwa sale sa a pa semen,de fwa pa semen kensel), 2 x pa mwa, pa mwa. Si pa gen sale , checke bwat la .** Vale nempot timoun ou swen bay oubyen fe aranjman ou , oubyen nempot kantite ou resevwa kom pemen pou timoun ou swen oubyen ranbouse pou depans sibi pou swen dapre Swen Timoun avek Devlopman Block Grant, TANF avek At Risk Swen Timoun Pwogram pa dwe konsidere kom yon sale pou pwogram sa a.

DEKLARASYON KONFIDANSYALITE

Deklarasyon lwa sou enfòmasyon prive: Sa a esplike avantaj ki jan nou pral itilize enfòmasyon an ou ban nou.

Richard b Russell nasyonan lekòl manje midi bare mande enfòmasyon sou aplikasyon sa a. Ou pa gen pou bay enfòmasyon an, men, si nou pa fè, nou pa kapab apwouve pitit ou gratis oswa redwi achte manje. Ou dwe gen ladan yo kat dènye chif aryè nimewo Sekirite Sosyal ki granmoun manm kay ki te fè gwo mirak aplikasyon an. Kat dènye chif aryè nimewo Sekirite Sosyal pa mande lè ou aplike a an favè yon timoun adopsyon oubyen ou lis yon kupon alimentè, asistans tanporè pou pwogram ki nan bezwen separe bay chak fanmi (TANF) oubyen pwogram distribisyon manje sou anpil nplwaye Indian rezèv (FDPIR) oswa identifiant FDPIR lòt pou pitit ou oubyen lè w endike ke granmoun manm kay siyen aplikasyon an pa gen yon nimewo Sekirite Sosyal. Nou pral sèvi ak enfòmasyon ou pou detèmine si pitit ou kalifye pou granmesi oubyen redwi pwi manje, epi pou administrasyon an ak kontwòl sou pwogram manje midi ak manje maten. Nou ka pataje enfòmasyon pou ou ak edikasyon, sante, ak sou nitrisyon pwogram pou ede yo evalye, jwenn, ni detèmine benefis pou pwogram yo, comptes pou pwogram revè, ak otorite anfòsman lwa yo pou ede yo gade nan vyolasyon règleman pwogram.

PLIZIÈ PLENT DISKRIMINASYON

An Etazini Depatman nan agrikilti (USDA) yo fòmèlman entèdi diskriminasyon kont li kliyan, anplwaye yo, ak aplikan pou travay sou kabwa a ras, koulè, orijin nasyonan, laj, enfimite, sèks, idantite senksyèl idantite, relijyon, repwezay, ak kote ki aplikab, koutim politik, sivil, kondisyon matrimonyal, estati familial oubyen paran, oryantasyon seksyèl, oubyen tout pati de revni yon moun sòti nan kèk pwogram asistans piblik, osinon pwoteje enetik enfòmasyon nan travay oswa nan yon pwogram pou granmoun oswa aktivite ki te kondi oubyen finans bay Depatman an. (Pa tout interdit sipò yo ap aplike pou tout pwogram ak aktivite travay yo.)

Si ou vle dwa sivil pwogram pote plent de diskriminasyon, a USDA pwogram diskriminasyon konplent fòm (PDF) yo komplete, te twouve online nan http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, oubyen nan yon biwo USDA, osinon yon apèl (866) 632-9992 pou mande fòm. Ou ka ekri tou yon lèt ki genyen tout enfòmasyon mande nan fòm. Yo voye ou pote plent te komplete fòmilè oswa yon lèt pou nou pa lapòs nan Depatman Agrikilti nan Etazini, direktè, biwo Décision, 1400 endepandans avni, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, ak (202) 690-7442 faks oubyen kouryèl nan program.intake@usda.gov