



Lexington Public Schools

146 Maple Street ❖ Lexington, Massachusetts 02420

Mary Ellen N. Dunn.
Assistant Superintendent for Finance and Business

Tel: (781) 861-2563 x215
Fax: (781) 863-5829

Αγαπητέ γονέα/ κηδεμόνα:

Τα παιδιά χρειάζονται υγιεινά γεύματα που ενισχύουν τις μαθησιακές τους δεξιότητες. Το **Lexington Public Schools** παρέχει υγιεινά γεύματα κάθε σχολική ημέρα στην τιμή των **\$2.00** για το πρωινό και των **\$3.00** για το μεσημεριανό. Τα παιδιά σας μπορεί να πληρούν τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. Η μειωμένη τιμή είναι **\$0.40** για το πρωινό και **\$0.40** για το μεσημεριανό.

1. Χρειάζεται να συμπληρώσω χωριστή αίτηση για κάθε παιδί; Όχι. Συμπληρώστε την αίτηση για χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. Χρησιμοποιήστε μία αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για όλους τους μαθητές του νοικοκυριού σας. Οι αιτήσεις που δεν είναι συμπληρωμένες δεν μπορούν να εγκριθούν. Για τον λόγο αυτό, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες. **Αποστείλετε τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση: any school office your child attends.**

2. Ποιοι δικαιούνται δωρεάν γεύματα; Τα παιδιά σε νοικοκυριά στα οποία χορηγούνται κουπόνια διατροφής ή παροχή TANF και υιοθετημένα παιδιά, ασχέτως του εισοδήματός σας. Επίσης, τα παιδιά σας μπορούν να απολαμβάνουν δωρεάν γεύματα εφόσον το οικογενειακό σας εισόδημα εμπίπτει στα όρια για χορήγηση δωρεάν γευμάτων που ορίζουν οι ομοσπονδιακές οδηγίες εισοδήματος.

3. Δικαιούνται δωρεάν γεύματα τα άστεγα παιδιά, παιδιά που έχουν εγκαταλείψει το σπίτι και τα παιδιά μεταναστών; Σε περίπτωση που δεν σας έχουν ειδοποιήσει ότι τα παιδιά σας δικαιούνται δωρεάν γεύματα, επικοινωνήστε με τον αρμόδιο φορέα **Linda Chase 781-861-2490 x231** για να βεβαιωθείτε.

4. Ποιοι δικαιούνται γεύματα σε μειωμένη τιμή; Τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα σε μειωμένη τιμή εάν το οικογενειακό σας εισόδημα εμπίπτει εντός των ορίων για χορήγηση γευμάτων σε μειωμένη τιμή που ορίζει ο Ομοσπονδιακός Χάρτης Εισοδήματος, που παρουσιάζεται στην παρούσα αίτηση.

5. Εάν λάβω επιστολή από το σχολείο σύμφωνα με την οποία τα παιδιά μου δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, χρειάζεται να συμπληρώσω αίτηση; Διαβάστε προσεκτικά την επιστολή που λάβατε και ακολουθήστε τις οδηγίες. Για οποιαδήποτε ερωτήματα, καλέστε το σχολείο **(781) 861-2563 x215**.

6. Λαμβάνω ενίσχυση μέσω του προγράμματος WIC (Γυναίκες, βρέφη και παιδιά). Μπορούν τα παιδιά μου να λαμβάνουν δωρεάν γεύματα; Τα παιδιά οικογενειών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα WIC μπορεί να πληρούν τις προϋποθέσεις για χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή. Συμπληρώστε μια αίτηση.

7. Θα ελεγχθούν οι πληροφορίες που υποβάλλω; Ναι, ίσως σας ζητηθεί να προσκομίσετε έγγραφες αποδείξεις.

8. Εάν κριθεί ότι δεν πληρώ τις προϋποθέσεις, μπορώ να υποβάλω αίτηση αργότερα; Ναι. Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση ανά πάσα στιγμή καθόλη τη διάρκεια του σχολικού έτους εφόσον η οικογένειά σας αποκτήσει νέα μέλη, το εισόδημά σας συρρικνωθεί ή αρχίσετε να λαμβάνετε κουπόνια διατροφής, ενίσχυση TANF ή άλλα επιδόματα. Επίσης, τα παιδιά σας μπορεί να δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή σε περίπτωση που χάσετε τη δουλειά σας.

9. Τι γίνεται σε περίπτωση που διαφωνώ με την απόφαση του σχολείου όσον αφορά την κατάληξη της αίτησής μου; Θα πρέπει να μιλήσετε με τους αρμόδιους του σχολείου. Μπορείτε επίσης να ζητήσετε ακρόαση τηλεφωνικώς ή με επιστολή στη διεύθυνση: **Mary Ellen Dunn, Assistant Superintendent for Finance and Business, Lexington Public Schools, 146 Maple Street, Lexington, MA 02420.**

10. Μπορώ να υποβάλω αίτηση εάν κάποιο μέλος του νοικοκυριού δεν είναι αμερικανός πολίτης; Ναι. Ούτε εσείς ούτε τα παιδιά σας χρειάζεται να είστε αμερικανοί πολίτες για να δικαιούστε γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

11. Ποιοι θα πρέπει να περιλαμβάνονται στα μέλη του νοικοκυριού μου; Πρέπει να συμπεριλαμβάνονται όλοι όσοι ζουν στο νοικοκυριό σας, είτε πρόκειται για συγγενείς είτε όχι (όπως παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι). Στα μέλη θα πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας.

12. Τι γίνεται σε περίπτωση που το εισόδημά μου δεν είναι σταθερό; Συμπληρώνετε το ποσό που λαμβάνετε συνήθως. Επί παραδείγματι, εάν το μηνιαίο σας εισόδημα ανέρχεται συνήθως στα \$1000 μηνιαίως, αλλά τον προηγούμενο μήνα χάσατε κάποια ημερομίσθια και συγκεντρώσατε μόνο \$900, συμπληρώστε \$1000 μηνιαίως. Συμπεριλάβετε τυχόν υπερωρίες, μόνο όμως εφόσον τις λαμβάνετε σε τακτική βάση.

13. Είμαστε στον στρατό, θα πρέπει στα εισοδήματα να συμπεριλάβουμε το στεγαστικό επίδομα;
Εάν η οικία σας ανήκει στην πρωτοβουλία ιδιωτικοποίησης των κατοικιών για στρατιωτικούς, τότε μη συμπεριλαμβάνετε το στεγαστικό επίδομα στα εισοδήματα. Όλα τα υπόλοιπα επιδόματα θα πρέπει να περιλαμβάνονται στο ακαθάριστο εισόδημα.

Για άλλα ερωτήματα ή βοήθεια, καλέστε **(781) 861-2563 x215**.

Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: (781) 861-2563 x215.

Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: (781) 861-2563 x215.

Με τιμή,

Mary Ellen Dunn

Assistant Superintendent for Finance and Business

ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΠΟΛΟΓΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

Εάν λαμβάνετε ΚΟΥΠΟΝΙΑ ΣΙΤΙΣΗΣ ή ΕΝΙΣΧΥΣΗ TANF, ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:

Μέρος 1: Συμπληρώστε το όνομα του παιδιού (ή των παιδιών), του σχολείου, τον κωδικό των κουπονιών διατροφής ή της ενίσχυσης TANF.

Μέρος 2: Επιλέξτε το κατάλληλο πλαίσιο, εάν υπάρχει.

Μέρος 3: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 4: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 5: Υπογράψτε το έντυπο. Δεν είναι απαραίτητος ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης.

Μέρος 6: Απαντήστε κατά προαίρεση.

Επιλέξτε το κατάλληλο πλαίσιο και επικοινωνήστε με τον αρμόδιο φορέα Linda Chase 781-861-2490 x231.

Συμπληρώστε την αίτηση ακολουθώντας τις οδηγίες για ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ.

Εάν κάνετε αίτηση για ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ, ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:

Μέρος 1: Χρησιμοποιήστε χωριστή αίτηση για κάθε υιοθετημένο παιδί. Συμπληρώστε το όνομα του παιδιού, το σχολείο και την τάξη.

Μέρος 2: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 3: Επιλέξτε το πλαίσιο και συμπληρώστε μηνιαίο εισόδημα για προσωπική χρήση του παιδιού, εάν υπάρχει.

Μέρος 4: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 5: Υπογράψτε το έντυπο. Δεν είναι απαραίτητος ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης.

Μέρος 6: Απαντήστε κατά προαίρεση.

ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ, περιλαμβανομένων των νοικοκυριών που λαμβάνουν ενίσχυση WIC, ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:

Μέρος 1: Συμπληρώστε το όνομα του παιδιού, το σχολείο και την τάξη.

Μέρος 2: Επιλέξτε το κατάλληλο πλαίσιο, εάν υπάρχει.

Μέρος 3: Μην συμπληρώνετε.

Μέρος 4: Ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες για να αναφέρετε το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού για τον προηγούμενο μήνα.

Στήλη 1–Όνομα: Συμπληρώστε το όνομα και το επίθετο **όλων** των ατόμων που ζουν στο νοικοκυριό σας, είτε πρόκειται για συγγενείς είτε όχι (λ.χ. παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι). Πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας. Εάν χρειάζεται, επισυνάψτε επιπρόσθετο φύλλο χαρτί.

Στήλη 2 –Ακαθάριστο εισόδημα προηγούμενου μήνα και συχνότητα καταβολής. Δίπλα από το όνομα κάθε ατόμου συμπληρώστε τον τύπο και τη συχνότητα καταβολής του εισοδήματος του προηγούμενου μήνα. Επί παραδείγματι, *Εισοδήματα από εργασία:* Συμπληρώστε το **ακαθάριστο εισόδημα** κάθε ατόμου που προέρχεται από εργασία. Δεν είναι το ίδιο με το καθαρό εισόδημα. **Το ακαθάριστο εισόδημα είναι το ποσό προ φόρων και λοιπών κρατήσεων.** Το ποσό αυτό θα πρέπει να αναγράφεται στο απόκομμα μισθοδοσίας, διαφορετικά συμβουλευτείτε τον εργοδότη σας. Δίπλα στο ποσό, συμπληρώστε τη συχνότητα καταβολής (σε εβδομαδιαία βάση, κάθε δεύτερη εβδομάδα, δύο φορές τον μήνα, σε μηνιαία βάση). *Λοιπά εισοδήματα:* Συμπληρώστε το ποσό που έλαβε κάθε άτομο χωριστά από την πρόνοια, τα επίδομα διατροφής παιδιών, διατροφή, (δεύτερη στήλη) επίδομα, σύνταξη, κοινωνική ασφάλιση (τρίτη στήλη), και ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΗ ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ (τέταρτη στήλη). Στη στήλη Λοιπά, συμπεριλαμβάνεται η εργατική αποζημίωση, το επίδομα ανεργίας και το απεργιακό επίδομα, το εισόδημα από επικουρική ασφάλιση (SSI), το επίδομα βετεράνου, το επίδομα αναπηρίας, οι τακτικές συνεισφορές από άτομα εκτός του νοικοκυριού σας και ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ. Αναφέρατε το καθαρό εισόδημα από ιδιόκτητες επιχειρήσεις, γεωργικές εκμεταλλεύσεις ή μισθώματα. Δίπλα στο ποσό, συμπληρώστε τη συχνότητα στην οποία λαμβάνεται από κάθε μέλος του νοικοκυριού. Εάν εντάσσετε στην πρωτοβουλία ιδιωτικοποίησης κατοικιών για στρατιωτικούς, μην συμπεριλαμβάνετε το επίδομα στέγασης.

Στήλη 3–Επιλέξτε εάν δεν υπάρχει εισόδημα: Σε περίπτωση παντελούς απουσίας εισοδήματος, επιλέξτε το πλαίσιο.

Μέρος 5: Το έντυπο πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού και πρέπει να συμπληρωθεί ο αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης του υπογραφόμενου μέλους. Εάν το υπογραφόμενο μέλος δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης, τότε επιλέξτε το πλαίσιο.

Μέρος 6: Απαντήστε κατά προαίρεση.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΩΝ ή ΣΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΤΙΜΗ

Μέρος 1. Παιδιά που φοιτούν στο σχολείο (χρησιμοποιήστε χωριστή αίτηση για κάθε υιοθετημένο παιδί)			
Όνομα παιδιών που φοιτούν στο σχολείο (Όνομα, επώνυμο)	Όνομα σχολείου	Τάξη	Αριθμός κουπονιών διατροφής ή ενίσχυσης TANF (εάν υπάρχει). Εάν συμπληρώσετε αριθμό κουπονιών διατροφής ή ενίσχυσης TANF παρακάμψτε το Μέρος 5.

Μέρος 2. Εάν το παιδί για το οποίο υποβάλλετε την αίτηση είναι άστεγο, μετανάστης ή έχει εγκαταλείψει το σπίτι, επιλέξτε το κατάλληλο πλαίσιο και απευθυνθείτε στον αρμόδιο φορέα Linda Chase 781-861-2490 x231 Άστεγο Μετανάστης Παιδί που έχει εγκαταλείψει το σπίτι

Μέρος 3. Υιοθετημένο παιδί
Εάν η παρούσα αίτηση προορίζεται για παιδί που βρίσκεται υπό την επιμέλεια οργανισμού πρόνοιας ή δικαστηρίου, επιλέξτε αυτό το πλαίσιο και συμπληρώστε το μηνιαίο εισόδημα για προσωπική χρήση του παιδιού: \$ _____.
Προχωρήστε στο Μέρος 5.

Μέρος 4. Συνολικό ακαθάριστο εισόδημα νοικοκυριού—Συμπληρώστε το ποσό και τη συχνότητα καταβολής

1. Όνομα (Συμπληρώστε όλα τα μέλη του νοικοκυριού) (Παράδειγμα) <i>Jane Smith</i>	2. Ακαθάριστο εισόδημα και συχνότητα καταβολής Παράδειγμα: \$100/μηνιαίως \$100/δύο φορές τον μήνα \$100/κάθε δεύτερη εβδομάδα \$100/εβδομαδιαίως				3. Επιλέξτε εάν ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ εισόδημα <input type="checkbox"/>
	Έσοδα από εργασία προ κρατήσεων	Πρόνοια, επίδομα διατροφής για παιδιά, διατροφή	Επιδόματα, σύνταξη, κοινωνική ασφάλιση	Λοιπά εισοδήματα	
	\$200/εβδομαδιαίως	\$150/εβδομαδιαίως	\$100/μηνιαίως	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Μέρος 5. Υπογραφή και αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης (Υπογράφει ενήλικο μέλος)

Η αίτηση πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού. Εάν έχει συμπληρωθεί το Μέρος 4, ο υπογραφόμενος ενήλικας πρέπει επίσης να συμπληρώσει τον αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης ή να επιλέξει το πλαίσιο «Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης». (Βλ. Δήλωση του Νόμου περί Προστασίας της Ιδιωτικής Ζωής στο πίσω μέρος της σελίδας.)

Βεβαιώνω (υπόσχομαι) ότι όλες οι πληροφορίες της παρούσας αίτησης είναι αληθείς και ότι έχουν δηλωθεί όλα τα εισοδήματα. Αποδέχομαι το γεγονός ότι το σχολείο θα λάβει κρατική επιχορήγηση βάσει των πληροφοριών που παρέχω. Αποδέχομαι το γεγονός ότι οι αρμόδιοι του σχολείου δύνανται να επαληθεύσουν (ελέγξουν) τις πληροφορίες. Αποδέχομαι το γεγονός ότι σε περίπτωση που σκοπίμως παρείχα ψευδείς πληροφορίες, τα παιδιά μου ενδέχεται να χάσουν το δικαίωμα διατροφής, ενώ δεν αποκλείεται να μου ασκηθεί ποινική δίωξη.

Υπογραφή: X _____ Ονοματεπώνυμο: _____ Ημερομηνία: _____
 Διεύθυνση: _____ Τηλέφωνο: _____
 Αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης: _____ - _____ - _____ Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης

Μέρος 6. Φυλετική και εθνική ταυτότητα των παιδιών (προαιρετικό)

Σημειώστε μία ή περισσότερες φυλετικές ταυτότητες: _____ Σημειώστε μία ή περισσότερες εθνικές ταυτότητες: _____
 Ασιατική Αμερικανικής Ινδιάνικης καταγωγής ή από την Αλάσκα Ισπανική ή λατινική
 Λευκή Καταγωγής από τη Χαβάη ή άλλο νησί του Ειρηνικού Μη ισπανική ή
 λατινική
 Μαύρη ή αφροαμερικανική Άλλο

Μην συμπληρώνετε. Το μέρος αυτό προορίζεται για σχολική χρήση μόνο.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12
 Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____
 Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Reason: _____
 Temporary: Free _____ Reduced _____ Time Period: _____ (expires after _____ days)
 Determining Official's Signature: _____ Date: _____
 Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

Τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού σας εμπίπτει εντός των ορίων του χάρτη.

For Use by Determining Official Only						
Household Size	Free Meals			Reduced Price Meals		
# of Household Members	Yearly	Monthly	Weekly	Yearly	Monthly	Weekly
1	13,273	1,107	256	18,889	1,575	364
2	17,797	1,484	343	25,327	2,111	488
3	22,321	1,861	430	31,765	2,648	611
4	26,845	2,238	517	38,203	3,184	735
5	31,369	2,615	604	44,641	3,721	859
6	35,893	2,992	691	51,079	4,257	983
7	40,417	3,369	778	57,517	4,794	1,107
8	44,941	3,746	865	63,955	5,330	1,230
For Each Additional Person, Add	+ 4,524	+ 377	+ 87	+ 6,438	+537	+ 124

Δήλωση του Νόμου περί Προστασίας της Ιδιωτικής Ζωής: Εδώ διευκρινίζεται ο τρόπος με τον οποίο πρόκειται να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες που παρέχετε.

Οι πληροφορίες για την αίτηση απαιτούνται βάσει της εθνικής πράξης Richard B. Russell για τα σχολικά γεύματα. Δεν είστε υποχρεωμένοι να παρέχετε πληροφορίες. Σε τέτοια περίπτωση όμως, δεν δύναται να εγκριθεί χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για το παιδί σας. Το ενήλικο μέλος του νοικοκυριού που υπογράφει την αίτηση πρέπει να αναφέρει και τον αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Ο εν λόγω αριθμός δεν απαιτείται αν αναφέρεται όταν η αίτηση υποβάλλεται για λογαριασμό υιοθετημένων παιδιών ή σε περίπτωση που συμπληρώνεται αριθμός κουπονιών διατροφής, προγράμματος προσωρινής συνδρομής σε άπορες οικογένειες (TANF) ή προγράμματος διανομής τροφίμων σε ιδιάντικους καταυλισμούς (FDPIR) ή άλλος αναγνωριστικός κωδικός προγράμματος FDPIR για το παιδί σας, καθώς επίσης εάν δηλωθεί ότι το υπογραφόμενο την αίτηση μέλος του νοικοκυριού δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Οι πληροφορίες που παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν προκειμένου να αποφασιστεί εάν το παιδί σας δικαιούται σίτιση δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, καθώς και για τη χορήγηση και εφαρμογή προγραμμάτων παροχής μεσημεριανού και πρωινού γεύματος. Οι πληροφορίες που παρέχετε ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ να χρησιμοποιηθούν από υπεύθυνους προγραμμάτων εκπαίδευσης, υγείας και διατροφής προκειμένου οι τελευταίοι να μπορέσουν να αξιολογήσουν, να χρηματοδοτήσουν προγράμματα ή να προσδιορίσουν τα οφέλη των προγραμμάτων τους, από ελεγκτές αναθεωρήσεων προγραμμάτων και από φορείς επιβολής του νόμου, ώστε να καταστεί δυνατή η διερεύνηση ζητημάτων τυχόν παραβίασης των κανόνων των προγραμμάτων.

Δήλωση απαγόρευσης των διακρίσεων: Εδώ διευκρινίζονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι τύχατε άδικης μεταχείρισης. Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, απαγορεύεται στο ίδρυμα αυτό να κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, απευθυνθείτε με επιστολή στη διεύθυνση *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* ή τηλεφωνήστε στο 800-795-3272 ή 202-720-6382 (φωνητική κλήση και TTY). Το USDA είναι παροχέας υπηρεσιών και εργοδότης που σέβεται την αρχή των ίσων ευκαιριών.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ MEDICAID/SCHIP

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Εάν τα παιδιά σας λαμβάνουν σχολικά γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, ίσως δικαιούνται και ασφάλεια υγείας δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή μέσω του Medicaid ή του κρατικού προγράμματος ασφάλισης υγείας για παιδιά (SCHIP). Τα παιδιά που έχουν ασφάλεια υγείας χαίρουν τακτικής υγειονομικής περίθαλψης και έχουν λιγότερες πιθανότητες να απουσιάσουν από το σχολείο για λόγους ασθένειας.

Λόγω της σπουδαιότητας που έχει η ασφάλιση υγείας για την ευεξία των παιδιών, **ο νόμος μάς επιτρέπει να ενημερώσουμε τους φορείς Medicaid και SCHIP ότι τα παιδιά σας δικαιούνται τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, εκτός εάν διαφωνείτε.** Οι φορείς Medicaid και SCHIP χρησιμοποιούν τις πληροφορίες αυτές αποκλειστικά και μόνο με σκοπό να προσδιορίσουν ποια παιδιά πληρούν τις προϋποθέσεις οι οποίες ορίζονται από τα σχετικά προγράμματα. Οι αρμόδιοι για τα συγκεκριμένα προγράμματα μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί σας και να σας προτείνουν την εγγραφή των παιδιών σας (τα παιδιά σας δεν αποκτούν ασφάλιση υγείας με τη συμπλήρωση της αίτησης για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή).

Εάν δεν θέλετε να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες που παρέχετε στα Medicaid ή SCHIP, τότε συμπληρώστε και στείλτε μας το παρακάτω έντυπο (η αποστολή του συγκεκριμένου εντύπου δεν επηρεάζει τη χορήγηση ή τη μη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για τα παιδιά σας).

- Όχι! ΔΕΝ** επιθυμώ την κοινοποίηση, στη Medicaid ή στο κρατικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για παιδιά, των πληροφοριών που παρέχω στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

Εάν έχετε επιλέξει το πλαίσιο που λέει όχι, συμπληρώστε το παρακάτω έντυπο.

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: _____

Τυπωμένο ονοματεπώνυμο: _____ Διεύθυνση: _____

Για περισσότερες πληροφορίες, απευθυνθείτε στον αρμόδιο **Business Office** στο τηλέφωνο **(781) 861-2563 x215**.

Επιστρέψτε το παρόν έντυπο στη διεύθυνση: any school office your child attends.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΕ ΆΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Για εξοικονόμηση χρόνου και ενέργειας, οι πληροφορίες που παρέχετε στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή μπορεί να κοινοποιηθούν σε άλλα προγράμματα τα οποία ενδέχεται να δικαιούνται τα παιδιά σας. **Για την κοινοποίηση των πληροφοριών που παρέχετε στα ακόλουθα προγράμματα, χρειαζόμαστε την άδειά σας. Η συμπλήρωση του παρόντος εντύπου δεν επηρεάζει τη χορήγηση ή τη μη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για τα παιδιά σας.**

- Όχι! **ΔΕΝ** επιθυμώ την κοινοποίηση σε κανένα πρόγραμμα των πληροφοριών που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
- Ναι! Επιθυμώ οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **Instrument Lessons (Fees set through Director of Fine and Performing Arts)** τις πληροφορίες που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
- Ναι! Επιθυμώ οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **Lexington Public Schools Athletic Department** τις πληροφορίες που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
- Ναι! Επιθυμώ οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **Preschool Program (reduced benefit)** τις πληροφορίες που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
- Ναι! Επιθυμώ οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **Guidance Office in my child/children's school** τις πληροφορίες που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
- Ναι! Επιθυμώ οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **Transportation – for fee based bussing** τις πληροφορίες που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
- Ναι! Επιθυμώ οι αρμόδιοι του σχολείου να κοινοποιήσουν στο **Principal's office at School(s) my child/children attend for Field Trips of Other School Related Fees (Free)** τις πληροφορίες που παρείχα στην αίτηση για χορήγηση σχολικών γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

Εάν επιλέξατε ναι σε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω πλαίσια, συμπληρώστε το έντυπο που ακολουθεί. Οι πληροφορίες που παρείχατε θα κοινοποιηθούν μόνο στα προγράμματα που επιλέξατε.

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____ Ημερομηνία: _____

Τυπωμένο ονοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση: _____

Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον αρμόδιο **Business Office**
στον αριθμό **(781) 861-2563 x215**.

Επιστρέψτε το παρόν έντυπο στη διεύθυνση: any school office your child attends.