

SCHOOL / OFFICE USE ONLY
 Date submitted from Parent to School _____
 School Official Initials _____
 Date submitted by School _____
 Date Received by OFNS _____

0447525568

2015-2016 ፣ ለቁርስ፣ ለምሳ እና ለከትምህርት በኋላ መከሰስ/ምግብ ተጠቃሚነት የቤተሰብ ማመልከቻ

ማመልከቻውን ትንሹ ልጅዎ ለማሳደግ ትምህርት ቤት ያቅርቡ። ማመልከቻዎች ለማይቀበል ትምህርት ቤት ማመልከቻ አያቅርቡ። ጥያቄዎችን ለ Food and Nutrition አገልግሎት ጽሕፈት ቤት በ 202-299-2159 ይደውሉ። በሚገባ ተጠናቀው ያልተሞሉ ማመልከቻዎች ተመላሽ ይሆናሉ። ልጆችዎ የተለያዩ ትምህርት ቤቶች ለማራጫ እንኳን በቤትዎ ለሚኖሩ ልጆችዎ ሁሉ አንድ ማመልከቻ ይሙሉ። በጉልህ ይጻፉ። በጥቁር ሰማያዊ ወይም በጥቁር ቀለም ብለር ይጠቀሙ።

1 የቤተሰብ አባላት በሙሉ - የቤተሰብ አባላትን በሙሉ (ጨቅላ ሕጻናትን፣ አረጋውያንን፣ ወዘተ ጨምሮ) እንዲሁም እያንዳንዱ ልጅ የሚገኘበትን ትምህርት ቤት ስም ጭምር ይዘርዝሩ

የትምህርት መታወቂያ ቁጥር	የራስ ስም	የቤተሰብ አባላት ስም በሙሉ የመካከል ስም	የአባት ስም	ባለ ክሊሳ ምልክት ያደርጉ	ይህ ስው የዲ.ሲ.ፒ.አስ ተግባር ነው?	የልደት ዘመን	ክፍል	የአያንዳንዱን ልጅ ት/ቤት ያመልከቱ/ወይም ት/ቤት ያልገባ ከሆነ "የለም" ይሰሉ	ማንን ልጅ ከምልከት
				<input type="checkbox"/>	አዎን የለም	/ /			<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	አዎን የለም	/ /			<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	አዎን የለም	/ /			<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	አዎን የለም	/ /			<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	አዎን የለም	/ /			<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	አዎን የለም	/ /			<input type="checkbox"/>

** ማደገው ልጅ፣ በበጎ እድራነት ወኪል ወይንም በፍርድ ቤት ሕጋዊ ኃላፊነት ጠላላ ሥር ነው። ከላይ የተዘረዘሩት ልጆች በሙሉ ማደገ ልጆች ከሆኑ፣ በዚህ ቅጽ ላይ ለመፈረም ወደ ክፍል 5 ይገቡ።

2 ጠቀሜታዎች

ከ ቤተሰብዎ ነዋሪ አባላት መካከል የሆነ ሰው SNAP, FDPIR, ወይም የ TANF የገንዘብ ድጋፍ የሚያገኝ ከሆነ፣ የሚያገኘውን ሰው ስም እና የጉዳዩን ቁጥር ይጠቀሱና ተገታ ወደ ክፍል 5 ይገቡ። እነዚህን ጠቀሜታዎች ፈጽሞ የማይገኝ ከሆነ ወደ ክፍል 3 ያምሩ። የሚዲያዎች ቁጥሮች ተቀይረው ስለሚያረጋግጡ እባክዎ የጉዳዩን ቁጥርዎን ያመልከቱ።

ስም _____ የጉዳዩ ቁጥር _____

ልጅዎ (ልጆችዎ) አገልግሎት አንዲያገኝ(ኙ) የማይፈልጉ ከሆነ በዚህ ሣጥን ላይ ምልክት ያደርጉ። በክፍል 1 ላይ የተዘረዘሩትን ልጆች ያረጋግጡና ከዚያ በኋላ በክፍል 5 ላይ ይፈርሙ።

3 ቤት የለሽ፣ የሀገር ውስጥ ከቦታ ቦታ ተዘዋዋሪ ስደተኛ፣ ወይም ከቤተ የባለቤት ልጅ

ማንኛውም ልጅ፣ ቤት የለሽ፣ ስደተኛ፣ ወይም ከቤተ የባለቤት ከሆነ፣ በተገቢው ሣጥን ላይ ምልክት ያደርጉና ስለ ቤተሰብዎ አገልግሎቶች የበለጠ ለማወቅ ለዲ.ሲ. OSSE Office of Transitory ጽሕፈት ቤት በ (202) 671-6487 ይደውሉ።

ቤት የለሽ የውስጥ ስደተኛ ከቤተ የባለቤት

4 የቤተሰብ ጠቅላላ ገቢ። እባክዎን ገቢ ያላቸውን የቤተሰብ አባላት ስም ብቻ ይዘርዝሩ። ምን ያህል ገቢ እና በየሰዓት ገቢዎ አንድ ማሳደጊያ ተቆራጭ ወይም ሌላ ማሳደጊያ ያላቸውን የገንዘብ መጠን ልክ መጠን አለብዎት።

ጠቅላላ የቤተሰብ ገቢ - የገቢውን መጠን ያመልከቱ፣ እና ገቢውም በየሰዓት ገቢዎ አንድ ማሳደጊያ ተቆራጭ፣ በየሣምንት (W)፣ በየ 2 ሣምንት (E)፣ በወር 2 ጊዜ (T)፣ በየወሩ (M)፣ በየመቶ (A) የሚሉትን መርጠው ያመልከቱ።

ገቢ ያላቸው የቤተሰብ አባላት ብቻ ተዘርዝረው ይጻፉ። ገቢ የሌላቸውን አይዘርዝሩ።	ከተቀናሽ በፊት ጠቅላላ ገቢ		በየሣምንት		በየ 2 ሣምንት		በየወር		በየሣመት		በየሣምንት		በየ 2 ሣምንት		በየወር		በየሣመት		ማናቸውም ሌላ ገቢ				
	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት	የጠረጎም አባል፣ ለሻል ስኩሪት				
(ምሳሌ) Jane Smith	\$		W	E	T	M	A	\$	1	4	9	9	9	9	\$	9	9	9	\$	5	0	0	0
1)	\$		W	E	T	M	A	\$						\$				\$					
2)	\$		W	E	T	M	A	\$						\$				\$					
3)	\$		W	E	T	M	A	\$						\$				\$					
4)	\$		W	E	T	M	A	\$						\$				\$					

5 ፊርማ - ከታች የ X ምልክት የተደረገበት ላይ ዐዋቂ ሰው መፈረም አለበት።

ዐዋቂ የቤተሰብ አባል ማመልከቻው ላይ መፈረም አለበት። ክፍል 4 የተሞላ ከሆነ፣ ቅጹ ላይ የሚፈረመው ዐዋቂ ሰው፣ የሰሻል ስኩሪት ወይንም የመጨረሻዎቹን አራት አገዛዥ ማስፈር አለበት። አለበት ለዚያም "ሰሻል ስኩሪት ቁጥር" የለኝም በሚለው ሣጥን ላይ ምልክት ማድረግ አለበት። (ከዚህ ገጽ ጀርባ ላይ የተመለከተውን መግለጫ ያመልከቱ።) በዚህ ማመልከቻ ላይ የሰፈርው መረጃ ሁሉ ዕውነት መሆኑንና የቤተሰብ የገንዘብ ገቢዎች ሁሉ በሙሉ የተጠቀሱ መሆናቸውን አረጋግጧል (ቃል አገባለሁ)። ባቀርብኳቸው መረጃዎች መሠረት፣ ት/ቤት የፈደረፈ የገንዘብ ድንገት ሊያገኝ እንደሚችል አገዛዝላለሁ። የት/ቤት ኃላፊዎች፣ የቀርብኳቸውን መረጃዎች ሊያረጋግጡ (ሊያገቡ) እንደሚችሉ ዐውቃለሁ። ሆኖ ብዬ የተሳሳተ መረጃ ባቀረብ ልጆቼ ከምግብ ተጠቃሚነት አገልግሎት ሊከሰሱ እና አይም ልከሰስ እንደምችል አረዳለሁ።

X _____ XXX - XX - _____ ሰሻል ስኩሪት ቁጥር የለኝም

የዐዋቂ ሰው የቤተሰብ አባል ፊርማ _____ የወልጅ/አሳዳጊ ስም _____ የወልጅ/አሳዳጊ አባት ስም _____ ሰሻል ስኩሪት _____

የወልጅ/አሳዳጊ አድራሻ _____ የሥራ ስልክ _____ የቤት ስልክ _____

ቀን _____ / _____ / 201 _____ አድራሻ _____ ከተማ _____ ስቴት _____ ዚ.ፒ. ኮድ _____

6 ፊርማ እና ሰሻል ስኩሪት ቁጥር የመጨረሻ አራት አገዛዥ (ሊታለፍ የሚችል)

አንድ ዘር ይምረጡ። ስፖንሽ ላቲኖ አንድ ወይም ከዚያ በላይ ዘር ይምረጡ (የፈለገው ዘር ቢኮንም) ማረካን አንዲያን ወይም የአሰካ ተወላጅ ጥቁር ወይም አፍሪካዊ አሜሪካዊ ነዋ ስፖንሽ ወይንም ላቲኖ ያልሆነ አሽያዊ የሀዋይ ወይም ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ ሌላ

CENTRAL OFFICE USE ONLY	Total Income	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Every 2 Weeks	<input type="checkbox"/> Twice a Month	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> Yearly	Household Size _____
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> CE	Determining Official's Signature _____	Date _____	Confirming Official's Signature _____	Date _____	Verifying Official's Signature _____	Date _____

