

تشارك مدرسة (school name) في برنامج تأمين احتياجات منتسبي مدارس FCPS وفق الأهلية (CEP). سيحصل جميع الطلاب في المدرسة على وجبات طعام مجاناً بغض النظر عن دخل الأسرة أو إكمال تعبئة هذه الإستمارة من عدمه. إن الغرض من هذه الإستمارة هو لتحديد أهلية الطالب للحصول على إعانات إضافية قد يكون الطالب (طلاب) مؤهل للحصول عليها. فقد يكون مؤهلاً أيضاً للمشاركة في برامج أخرى توفرها مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) بدون دفع الرسوم الواجبة للإشتراك فيها أو دفع رسوم مخفضة. كما أنك مؤهل للحصول على معلومات حول المنح الدراسية والدروس والخدمات التي تقدمها المؤسسات والمنظمات الأخرى من غير مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS.

إذا كنت ترغب بمشاركة أطفالك في برامج مدارس FCPS التي تستلزم دفع رسوم لكن على أساس المشاركة المجانية فيها أو دفع رسوم مخفضة، مع الحصول على معلومات بشأن إعانات أخرى لأطفالك، يتوجب عليك في هذه الحالة تقديم موافقة خطية تسمح بموجبها لموظفي مدارس FCPS بمشاركة المعلومات المتعلقة بأهلية أطفالك للحصول على وجبات الطعام.

في حال موافقتك على مشاركتنا هذه المعلومات، سننصح فقط عن الجزء المتعلق فيما إذا كنت مؤهلاً للحصول على وجبات طعام مجانية ومخفضة الأسعار، سننصح عنها فقط الى مدير مدرسة الطالب والمستشارين التربويين في المدرسة والموظفين المسؤولين عن هذه الأنشطة في مدارس FCPS. لن يستخدم كادر مدارس FCPS المعلومات التي يحصلون عليها إلا للأغراض الموضحة في هذه الإستمارة. لن نصح عن أي معلومات تتعلق بالتعريف عن الهوية الشخصية لأي جهة من خارج مدارس FCPS وذلك وفقاً للوائح التنظيمية الفيدرالية والأخرى الصادرة عن الولاية. بالإضافة لذلك، تضمن سياسة الثقة في مدارس FCPS إمكانية حصول طلاب مدارس FCPS وعوائلهم على جميع الإعانات والخدمات المقدمة من مدارس FCPS بدون مخافة الإفصاح عن تلك المعلومات الى موظفي الهجرة الفيدراليين. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الرابط التالي [www.fcps.edu/trustpolicy](http://www.fcps.edu/trustpolicy).

يرجى إكمال المعلومات الخاصة بأطفالك في المساحة المخصصة أدناه مع وضع علامة (✓) على المربعات المناسبة. إن موافقتك على مشاركة هذه المعلومات هي أمر طوعي تماماً. إن رفضك مشاركة المعلومات الخاصة حول أهلية أطفالك مع البرامج الأخرى التابعة لمدارس FCPS لن يؤثر على أهليتهم في الحصول على وجبات طعام مجانية ومخفضة الأسعار.

يرجى إكمال إستمارة واحدة عن أسرتك مع كتابة اسمك والتوقيع وإعادتها الى: **Fairfax County Public Schools, Office of Food and Nutrition Services, 6840 Industrial Road Springfield, VA 22151-9922**. كما يمكنك إرسالها عبر البريد الإلكتروني على [fcpsmealsaps@fcps.edu](mailto:fcpsmealsaps@fcps.edu).

### إستمارة الموافقة على تبادل مدارس FCPS المعلومات للحصول على إعانات لبرامج أخرى للعام الدراسي 2024-2025

يرجى وضع علامة (✓) على المربع أو المربعات المناسبة:

إذا كنت أرغب في حصول أطفالي على كافة الإعانات المؤهلين للحصول عليها، سأضع علامة (✓) على المربع في العمود الواقع على جهة اليمين أدناه. إذا كنت أرغب في مشاركة المعلومات الخاصة بأطفالي مع برامج محددة بعينها، سأضع علامة (✓) فقط على المربع أو المربعات في العمود الواقع على جهة اليسار التي توضح هذه البرامج. أنا أفهم بأنه لن تكون كافة الإعانات والبرامج الموضحة أدناه متوفرة للطلاب في كل مدرسة وفي كل مرحلة دراسية.

برامج محددة

أو

كافة الإعانات المؤهلين

للحصول عليها

رسوم الطلاب وفق ما ورد في اللائحة التنظيمية والإشعار 5922.

مساعدات للطلاب:

معلومات حول المساعدة في أيام العطل

معلومات حول المنح الدراسية والفصول الدراسية وغيرها من الخدمات

التعليمية غير المتصلة بمدارس FCPS

معلومات حول المساعدات المتوفرة

كلا، لا أريد أن يتم تبادل المعلومات حول أهلية أطفالي في البرنامج الفيدرالي للحصول على وجبات طعام مجانية ومخفضة الأسعار مع باقي البرامج المذكورة أعلاه.

توقيع ولي أمر الطالب/الوصي: الشرعي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

كتابة الاسم: \_\_\_\_\_

برنامج تأمين إحتياجات منتسبي مدارس FCPS وفق الأهلية (CEP)  
إستمارة الأهلية حسب دخل العائلة والموافقة على مشاركة المعلومات

1. أذكر جميع أطفال الأسرة من الملتحقين بمدرسة:

اسم الطالب	رقم هوية الطالب	اسم المدرسة	المرحلة الدراسية/المعلم	طفل مقيم مع أسرة حاضنة	لا يوجد دخل
				<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. إعانات من برامج TANF/FDPIR/SNAP:

إذا كان أي شخص من أفراد عائلتك يحصل على إعانات من برامج SNAP أو TANF أو FDPIR، يرجى وضع علامة على الإعانات التي يستلمها.

SNAP  TANF  FDPIR

3. الدخل الكلي للعائلة:

يرجى كتابة أسماء جميع الأشخاص في منزلك، وكم يتقاضون من أجر وعدد مرات الدفع (أي أسبوعياً، كل أسبوعين، مرتين في الشهر، شهرياً). لا تدع الحقل الخاص بمعلومات الدخل فارغاً. إذا لم يكن لديك دخل، ضع علامة على المربع. إذا ذكرت وجود طفل مقيم مع أسرة حاضنة في جدول المعلومات أعلاه، يجب أن تذكر معلومات الدخل الشخصي للعائلة.

أسماء أفراد العائلة	الإيرادات من العمل قبل الإستقاعات المبلغ/عدد مرات الإستلام	إعالة طفل، نفقة المبلغ/عدد مرات الإستلام	دفعات مالية خاصة بمعاش التقاعد والتقاعد المبلغ/عدد مرات الإستلام	أنواع أخرى من الدخل، الضمان الإجتماعي المبلغ/عدد مرات الإستلام	لا يوجد دخل
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<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. التوقيع: يجب على أحد أفراد الأسرة البالغين التوقيع على هذا الطلب.

أشهد (أتعهد) بأن كل المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة، وبأنه قد تم تدوين كل أنواع الدخل. يجوز لموظفي المدرسة التحقق من صحة المعلومات، وإذا قمت بإعطاء معلومات خاطئة بشكل متعمد فيمكن ملاحقتي قضائياً بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية السارية.

التوقيع:

التاريخ:

البريد الإلكتروني:

رقم هاتف المنزل:

هاتف العمل:

عنوان المنزل:

## برنامج تأمين احتياجات منتسبي مدارس FCPS وفق الأهلية (CEP) إستمارة الأهلية حسب دخل العائلة والموافقة على مشاركة المعلومات

لا تكمل المعلومات أدناه - للإستخدام المدرسي فقط

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: \_\_\_\_\_

وفقاً لما ينص عليه قانون الحقوق المدنية الفيدرالي واللوائح التنظيمية وسياسات الحقوق المدنية في وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الجنس (وهذا يشمل الهوية الجنسية والميول الجنسية) أو الإعاقة أو العمر أو الأخذ بالثأر أو الإنتقام نتيجة القيام بنشاط سابق في مجال الحقوق المدنية.

بالإمكان توفير معلومات عن البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. يتوجب على الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة ممن يستلزم استخدامهم وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات بخصوص البرنامج (على سبيل المثال استخدام لغة بربيل Braille، مطبوعات بحروف كبيرة، أشرطة تسجيل، لغة الإشارة الأمريكية) الإتصال بالمؤسسة المسؤولة المحلية أو التابعة للولاية المشرفة على البرنامج أو بمركز TARGET التابع لوزارة الزراعة لأ أمريكية USDA على الرقم 720-2600 (202) (مباشراً ولمستعملي TTY) أو الإتصال بوزارة USDA من خلال خدمات الإتصال الفيدرالية البديلة على الرقم 877-8339 (800).

ومن أجل رفع شكوى بخصوص حدوث حالة تمييز، يجب على المشتكي إكمال المعلومات في إستمارة الشكوى رقم AD-3027، وهي إستمارة شكوى ضد حصول حالة تمييز في برنامج تابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA، والتي يمكن الحصول عليها من خلال الرابط التالي: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>، من أي مكتب تابع لوزارة USDA عن طريق الإتصال على الرقم 632-9992 (866) أو كتابة رسالة معنونة الى وزارة USDA. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم الهاتف وتوضيح خطي عن حالة التمييز المزعم حدوثها مع ذكر تفاصيل كافية لإطلاع مساعد الوزير للحقوق المدنية (ASCR) حول طبيعة الإنتهاك الحاصل للحقوق المدنية وتاريخ حدوثه. يجب إرسال الإستمارة رقم AD-3027 أو الرسالة الى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

1. البريد:

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

2. الفاكس:

256-1665 (833) أو 690-7442 (202)؛ أو

3. البريد الإلكتروني:

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

تقدم هذه المؤسسة الفرص بشكل متكافئ.