

FCPS 지역사회 적격 조항 (CEP) 가구 소득 적격 양식 및 공유 동의서

_____ (school name)은(는) 지역사회 적격 조항(CEP)에 참여하고 있습니다. 학교의 모든 어린이는 가구 소득이나 이 양식의 작성 여부와 관계없이 무료로 식사를 제공받을 것입니다. 이 양식은 자녀(들이)가 받을 수 있는 추가 혜택에 대한 자격 여부를 결정하기 위한 것입니다. 귀하의 자녀는 Fairfax 카운티 공립학교 (FCPS)가 유료로 제공하는 다른 프로그램에도 무료로 또는 할인가만 지급하고 참석할 수 있는 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 귀하는 또한 FCPS가 아닌 다른 단체 및 기관이 제공하는 장학금, 수업, 서비스에 관한 정보도 받으실 수 있는 자격이 있습니다.

귀하의 자녀가 FCPS 유료 프로그램에 무료나 할인가로 참여하기 원하고 자녀가 받을 수 있는 다른 혜택에 관한 정보를 얻기 원하시면, 귀하는 자녀의 무료 및 할인가 급식 프로그램의 적격 여부에 관한 정보를 FCPS 직원이 공유할 수 있도록 허용하는 서면의 동의서를 제출하셔야 합니다.

만약 귀하가 이러한 정보 공유에 동의하시면, 저희는 오직 귀하의 자녀가 무료나 할인가 급식 프로그램에 적격자인지의 여부에 대해 자녀 학교의 교장, 학교 상담교사, 이러한 활동에 관여하는 기타 FCPS 프로그램 직원에게만 공개할 것입니다. FCPS 직원에게 제공되는 정보는 이 양식에 설명된 목적으로만 사용될 것입니다. 연방 정부 및 주 정부의 규정에 따라, FCPS는 개인 신상 정보를 FCPS 외부로 공개하지 않습니다. 또한, FCPS 신뢰 방침은 모든 FCPS 학생들과 가족들이 자신의 정보가 연방 이민국 직원에게 공개될 것이라는 두려움 없이 FCPS의 혜택과 서비스를 이용할 수 있도록 합니다. 추가의 자세한 정보는 다음 웹사이트를 방문하시기 바랍니다: www.fcps.edu/trustpolicy.

아래에 자녀의 정보를 작성하시고 해당 네모 칸에 표기 (✓)하시기 바랍니다. 귀하의 정보 공유 허락은 전적으로 귀하의 자유의사에 달려있습니다. 귀하 자녀의 적격 여부에 관한 정보를 다른 FCPS 프로그램과 공유하는 것을 거절하시더라도 자녀의 무료 및 할인가 급식 프로그램의 적격 여부에는 어떠한 영향도 주지 않을 것입니다.

각 가구당 하나의 양식만 작성하시고 이름에 서명하신 후 다음 주소로 보내주시기 바랍니다: **Fairfax County Public Schools, Office of Food and Nutrition Services, 6840 Industrial Road Springfield VA 22151-9922.** 완성된 양식을 이메일 (fcpsmealsaps@fcps.edu)로도 보내실 수 있습니다.

다른 프로그램들의 혜택을 받기 위한 FCPS 정보 공유 동의서 2024-2025

해당되는 네모 칸이나 네모 칸들에 표기 (✓)하시기 바랍니다:

본인의 자녀들이 **유자격자로서 받을 수 있는 모든 혜택**을 받기 원하면, 본인은 아래 왼편에 있는 네모 칸에 표기 (✓)할 것입니다. 단지 특정 프로그램에 한하여 자녀들의 정보를 공유하기 원하면, 본인은 오른편에서 설명하는 각 프로그램 가운데 해당되는 네모 칸이나 네모 칸들에 표기 (✓)할 것입니다. 본인은 아래에서 설명하는 모든 혜택과 프로그램이 모든 학교에서 그리고 모든 학년의 학생에게 제공되는 것은 아니라는 것을 이해합니다.

유자격자로서 받을 수 있는 모든 혜택 **또는** 특정 프로그램

규정 및 통보 5922에 따른 학생 부과금

학생을 위한 지원:

명절 지원에 관한 정보

비 FCPS 장학금, 수업에 관한 정보 및 기타

비 FCPS 교육 관련 서비스

가능한 지원에 관한 정보

아니요, **본인은** 연방 정부가 제공하는 무료 및 할인가 급식 프로그램에 대한 자녀의 적격 여부를 위에 열거된 프로그램들과 공유하는 것을 원하지 않습니다.

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

정자로 성명 기재: _____

FCPS 지역사회 적격 조항 (CEP) 가구 소득 적격 양식 및 공유 동의서

1. 귀하의 가정에서 학교에 다니고 있는 모든 자녀를 기재해 주시기 바랍니다:

학생 이름	학생 번호	학교	학년/교사	위탁 아동	소득이 없음
				<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 혜택:

귀하의 가구 구성원 중에 SNAP, TANF 또는 FDPIR 혜택을 받는 사람이 있는 경우, 어떤 혜택을 받고 있는지 표기하여 주시기 바랍니다.

SNAP (보충 영양 지원 프로그램)
 TANF (빈곤 가족을 위한 임시 지원 프로그램)
 FDPIR (인디언 보호 구역의 음식 배급 프로그램)

3. 세금 공제 이전의 가구 총소득:

귀하의 가정에 거주하는 모든 사람의 급여 액수와 빈도 (매주, 격주, 한 달에 두 번, 매월)를 기재하여 주시기 바랍니다. 소득란을 빈칸으로 두지 마시기 바랍니다. 소득이 없는 경우, 해당 칸에 표기하시기 바랍니다. 위에 위탁 아동을 기재하신 경우, 해당 아동의 개인 소득을 반드시 보고해야 합니다.

가구 구성원의 이름	직장 수입 공제 전 액수/빈도	자녀 양육비, 위자료 액수/빈도	연금, 퇴직금 수령 액수/빈도	기타 소득, 사회 보장연금 액수/빈도	소득이 없음
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<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. 서명: 반드시 성인 가구 구성원이 이 신청서에 서명해야 합니다.

본인은 이 신청서의 모든 정보가 사실이며 모든 소득이 보고되었음을 증명 (보증)합니다. 학교 관계자는 정보를 확인할 수 있으며, 본인은 고의로 거짓 정보를 제공할 경우 해당 주 및 연방법에 따라 기소될 수 있음을 인지하고 있습니다.

서명: _____ 날짜: _____

이메일 주소: _____ 집 전화번호: _____ 직장 전화번호: _____

집 주소: _____

FCPS 지역사회 적격 조항 (CEP) 가구 소득 적격 양식 및 공유 동의서

DO NOT FILL OUT (기재하지 말것) - FOR SCHOOL USE ONLY (학교용)

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: _____

연방 민권법 및 미 농무부 (USDA) 민권법 규정과 방침에 따라, 이 기관은 인종, 피부색, 국적, 성별 (성 정체성과 성적 지향 포함), 장애, 나이 또는 이전에 제기된 민권 활동 관련으로 보복이나 앙갚음에 근거한 차별을 금지함.

프로그램 정보는 영어가 아닌 다른 언어로도 제공될 수 있음. 프로그램 정보를 위해 대안적 의사소통 수단 (예: 점자, 큰 활자, 녹음테이프, 미국 수화 등)이 필요한 장애인은 프로그램을 담당하는 주단체나 지역단체, USDA의 TARGET 센터인 (202) 720-2600 (음성 및 TTY) 또는 USDA의 연방 정부 전달 서비스인 (800) 877-8339로 연락해야 함.

프로그램의 차별에 대한 불만을 제기하려면, 불만 제기자는 온라인 (<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>)에서, 모든 미 농무부 (USDA) 사무처에서 또는 (866) 632-9992로 전화하여 얻을 수 있는 USDA Program Discrimination Complaint Form (미 농무부 프로그램 차별 불만 제기 양식, AD-3027)을 작성해야 하며 또는 별도의 서신을 작성하여 미 농무부 (USDA)에 보낼 수 있음. 이러한 서신에는 불만 제기자의 성함, 주소, 전화번호가 포함되어야 하며 민권 차관보 (ASCR)에게 민권 침해 혐의의 본질과 날짜에 대한 충분한 정보를 제공할 수 있도록 차별적 행동에 대해 자세하게 묘사한 지문이 포함되어야 함. 작성을 완료한 AD-3027 양식 또는 서신은 다음으로 미 농무부 (USDA)에 보내야 함:

1. 우편:

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

2. 팩스:

(833) 256-1665 또는 (202) 690-7442; 또는

3. 이메일:

program.intake@usda.gov

이 기관은 균등한 기회를 제공함.