

## درخواست خانوار برای Sun Bucks

برای پردازش سریع‌تر، به‌صورت آنلاین از طریق [sunbucks.dshs.wa.gov](http://sunbucks.dshs.wa.gov) درخواست دهید.

1. تمام دانش‌آموزانی را که با شما زندگی می‌کنند و به مدرسه می‌روند، فهرست‌وار ذکر کنید. اگر دانش‌آموز فرزند رضاعی، بی‌خانمان یا مهاجر است، این موضوع را از طریق علامت زدن کادر مناسب نشان دهید. هرگونه درآمد شخصی دریافت‌شده توسط دانش‌آموز را ذکر کنید و با علامت زدن کادر مناسب، تعداد دفعات دریافت را مشخص کنید.

ماهانه	2 بار در ماه	دو هفته یکبار	هفتگی	درآمد ماهانه دانش‌آموز	پایه تحصیلی	مدرسه	تاریخ تولد	مهاجر	بی‌خانمان	رضاعی	حرف اول نام میانی	نام دانش‌آموز	نام خانوادگی دانش‌آموز
<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"/>	<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"/>	<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. اگر هریک از اعضای خانوارتان در حال حاضر در TANF / SFA یا SNAP / FAP (غذای پایه) شرکت می‌کند، لطفاً شماره پرونده خود را اینجا بنویسید:

3. نام سایر اعضای خانوار را فهرست‌وار بنویسید، درآمد (کل به دلار) را وارد کنید و مشخص کنید هرچندوقت یکبار دریافت می‌شود.

ماهانه	2 بار در ماه	دو هفته یکبار	هفتگی	درآمد دیگر (حقوق بازنشستگی، پاداش بازنشستگی، تأمین اجتماعی، غیره)	ماهانه	2 بار در ماه	دو هفته یکبار	هفتگی	کمک عمومی، نفقه فرزند، نفقه همسر	ماهانه	2 بار در ماه	دو هفته یکبار	هفتگی	درآمد حاصل از شغل (پیش از کسورات)	تمام دیگر اعضای خانوار که اسم آن‌ها در فهرست بالا وجود ندارد.		
															حرف اول نام میانی	نام	نام خانوادگی
<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"/>	\$			
<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"/>	\$			
<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"/>	\$			
<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"/>	\$			
<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"/>	\$			

اینجانب گواهی می‌دهم (متعهد می‌شوم) تمام اطلاعات مندرج در این درخواست صحیح است، تمام درآمدها گزارش شده‌اند، و هیچ‌کدام از افراد نامبرده در این درخواست در حال دریافت کمک‌هزینه EBT تاپستانه از ایالت یا سازمان دیگری نیستند. مطلع هستم این اطلاعات در ارتباط با دریافتی وجوه فدرال ارائه می‌شود و ممکن است برخی از اطلاعات ذکرشده راستی‌آزمایی شوند. آگاه هستم اگر عمداً اطلاعات نادرست بدهم، ممکن است مسئول پرداخت هرگونه وجه دریافتی باشم و تحت قوانین ایالتی و فدرال مربوطه تحت پیگرد قانونی قرار گیرم.

امضای عضو بزرگسال خانوار	تاریخ	نام عضو بزرگسال خانوار با حروف مجزای انگلیسی	نشانی ایمیل
نشانی خیابان	شهر، ایالت، زیپ‌کد	شماره تلفن	

دستورالعمل‌های واجد شرایط بودن درآمد 1 ژوئیه 2024 - 30 ژوئن 2025 (بازبینی به صورت سالانه)

تعداد افراد خانوار	سالانه	ماهانه	2 بار در ماه	دو هفته یکبار	هفتگی
1	\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 1,161	\$ 1,072	\$ 536
2	\$ 37,814	\$ 3,152	\$ 1,576	\$ 1,455	\$ 728
3	\$ 47,767	\$ 3,981	\$ 1,991	\$ 1,838	\$ 919
4	\$ 57,720	\$ 4,810	\$ 2,405	\$ 2,220	\$ 1,110
5	\$ 67,673	\$ 5,640	\$ 2,820	\$ 2,603	\$ 1,302
6	\$ 77,626	\$ 6,469	\$ 3,235	\$ 2,986	\$ 1,493
7	\$ 87,579	\$ 7,299	\$ 3,650	\$ 3,369	\$ 1,685
8	\$ 97,532	\$ 8,128	\$ 4,064	\$ 3,752	\$ 1,876
هریک از افراد بیشتر	\$ 9,953	\$ 830	\$ 415	\$ 383	\$ 192

اگر درآمد خانوارتان برابر یا کمتر از دستورالعمل‌های تعیین صلاحیت درآمدی باشد، ممکن است فرزند(ان) شما واجد شرایط دریافت کمک هزینه SUN Bucks باشند.

لطفاً این درخواست را تکمیل و امضا کنید و آن را به PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699 ارسال نمایید.

در صورتی که به تازگی نقل مکان کرده‌اید یا قصد دارید به خارج از ایالت بروید، قبل از شروع دوره تابستانی آینده، در ایالتی که فرزندتان در آن تحصیل خواهد کرد، اقدام کنید.

در صورت نیاز به کمک در تکمیل این درخواست، فردی خارج از اعضای خانوارتان می‌تواند این فرم را به عنوان نماینده مجاز شما تکمیل کند.

**فرم‌های ناقص، باعث تأخیر در روند بررسی درخواست شما خواهد شد.**

ما ملزم به درخواست اطلاعات درباره نژاد یا قومیت فرزندانتان هستیم. این اطلاعات مهم است و کمک می‌کند از خدمت‌رسانی کامل به جامعه‌مان اطمینان حاصل کنیم. پاسخ به این بخش اختیاری است و بر صلاحیت فرزندانتان برای EBT تابستانه تأثیری ندارد.

**قومیت (یک مورد را علامت بزنید):**

اسپانیایی‌تبار یا لاتینو  غیر اسپانیایی‌تبار یا لاتینو

**نژاد (یک یا چند مورد را علامت بزنید):**

سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا  آسیایی  سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی‌تبار  بومی هاوایی یا بومیان دیگر جزایر اقیانوس آرام  سفیدپوست

**قانون ناهار ملی مدرسه Richard B. Russell** ما را ملزم می‌سازد از اطلاعات این درخواست برای تعیین افراد واجد شرایط مزایای EBT تابستانه (SUN Bucks) استفاده کنیم. فقط فرم‌های کامل را می‌توانیم تأیید کنیم. ممکن است اطلاعات صلاحیت شما را با برنامه‌های تحصیلی، سلامت و تغذیه به اشتراک بگذاریم تا در ارائه مزایای برنامه به خانوارتان به آن‌ها کمک کنیم. بازرسی‌ها و نیروی انتظامی نیز می‌توانند برای حصول اطمینان از مطابقت داشتن قوانین برنامه، از اطلاعات شما استفاده کنند. برخی از کودکان، بدون ثبت درخواست، واجد شرایط EBT تابستانه هستند. لطفاً برای دریافت EBT تابستانه برای فرزند رضاعی و کودکان بی‌خانمان، مهاجر یا فراری با ایالت خود یا ITO تماس بگیرید.

مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و قوانین و خط‌مشی‌های حقوق مدنی U.S. Department of Agriculture (وزارت کشاورزی ایالات متحده، USDA)، این نهاد از قائل شدن تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصالت، جنس (از جمله هویت جنسی و گرایش جنسی)، ناتوانی، سن، یا اقدام تلافی‌جویانه یا تلافی به‌خاطر فعالیت حقوقی مدنی قبلی منع شده است.

امکان ارائه اطلاعات مرتبط با برنامه به زبان‌های دیگر به غیر از انگلیسی نیز وجود دارد. افراد دچار ناتوانی که برای کسب اطلاعات برنامه نیاز به روش‌های ارتباطی جایگزین دارند (مثل خط بریل، چاپ درشت، نوار صوتی، American Sign Language (زبان اشاره آمریکایی) و موارد دیگر)، باید با نهاد ایالتی یا محلی که برنامه را مدیریت می‌کند یا مرکز هدف USDA به شماره (202) 720-2600 (صوتی و TTY) یا با USDA از طریق سرویس رله فدرال به شماره (800) 877-8339 تماس بگیرند.

به منظور ثبت شکایت تبعیض در برنامه، شکای باید فرم AD-3027، فرم شکایت تبعیض در برنامه USDA را تکمیل کند که می‌توان آن را به صورت آنلاین از طریق <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>، از دفاتر USDA، از طریق تماس با شماره (866) 632-9992 یا با نوشتن نامه‌ای خطاب به USDA به دست آورد. این نامه باید شامل نام، نشانی، شماره تلفن شکای و شرح کتبی از عمل تبعیض‌آمیز ادعا شده با جزئیات کافی باشد تا ماهیت و تاریخ اتهام نقض حقوق مدنی به Assistant Secretary for Civil Rights (دستیار وزیر حقوق مدنی، ASCR) اطلاع‌رسانی شود. نامه یا فرم AD-3027 تکمیل شده را باید از طریق پست به این نشانی برای USDA ارسال کنید: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 1400؛ یا آن را به شماره (833) 256-1665 یا (202) 690-7442 فکس کنید یا از طریق ایمیل به نشانی [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) ارسال نمایید.

این مؤسسه ارائه‌دهنده فرصت‌های برابر است.