

Dearborn Public Schools

Dear Parent or Guardian:

We are pleased to inform you that Dearborn Public Schools will be participating in the Community Eligibility Provision (CEP) as part of the National School Lunch and School Breakfast Programs for the School Year 2019-2020.

The GREAT NEWS is that ALL students enrolled at our school can receive a healthy breakfast and lunch at NO CHARGE to your household each day.

In place of the Free and Reduced-Price Meal Application we still need your household to **fill out and sign the Household Information Form**. This report is *critical* in determining the amount of money that our school receives from a variety of State and Federal supplemental programs like Title I A, At-risk (31a), Title II A, E- Rate, etc.

These supplemental programs have the potential to offer supports and services for our students including, but not limited to:

- Instructional supports (staff, supplies & materials, etc.)
- Non-instructional services (counseling, social work, health services, etc.)
- Professional Learning for staff
- Parent and Community engagement supplies and activities
- Technology

We are asking that you please complete and submit it as soon as possible to ensure that additional funding for our school is available to meet the needs of our students. All information on the report submitted is confidential. Without your assistance in completing and returning the attached report, our school cannot maximize the use of available State and Federal funds.

If we can be of any further assistance, please contact us at (313)827-3007.

Sincerely,

Jeff Murphy
Food Services Supervisor

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE HOUSEHOLD INFORMATION FORM

A HOUSEHOLD MEMBER IS ANY CHILD OR ADULT LIVING WITH YOU.

IF ANY MEMBER OF YOUR HOUSEHOLD RECEIVES BENEFITS FROM THE FOOD ASSISTANCE PROGRAM (FAP), FAMILY INDEPENDENCE PROGRAM (FIP), OR FDPIR PLEASE FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

Part A: Enter the total number of individuals living in your household, including all children in the box provided.

Part B: List the case number for any household member (including adults) receiving FAP, FIP, or FDPIR benefits

Part C: List the First and Last name, Birth Date, School that the child is attending, and H if homeless, M if Migrant, R if Runaway or F if a Foster Child.

Part D: Skip this part

Part E: Sign the form. Print your name and Date.

IF YOUR HOUSEHOLD DOES NOT RECEIVE BENEFITS FROM THE FOOD ASSISTANCE PROGRAM (FAP), FAMILY INDEPENDENCE PROGRAM (FIP), OR FDPIR PLEASE FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

Part A: List the total number of individuals living in your household, including all children.

Part B: Skip this part.

Part C: List the First and Last name, Birth Date, School that the child is attending, and H if homeless, M if Migrant, R if Runaway or F if a Foster Child.

Part D: Enter all gross income for each type of income that applies. If you have no income for any 1 or more of the categories, Circle NONE if no income. Add lines 1-6 and enter the Total Monthly Household Income.

Part E: Sign the form. Print your name and Date.

مدارس ديربورن الرسمية

أولياء الأمور و الأوصياء القانونيين الكرام،

يسرنا أن نعلمكم بمشاركة مدارس ديربورن الرسمية المشاركة في خيار جديد متاح للمدارس كجزء من برنامج الغذاء والإفطار المدرسي الوطني المسمى (أهلية المجتمع للمؤونة) للعام الدراسي الحالي.

النبا العظيم أن، جميع الطلاب المسجلين في مدارسنا مؤهلين لتناول وجبتي فطور وغداء صحية في المدرسة مجاناً دون أي تكلفة مالية للعائلة.

بدلاً من إكمال طلب الحصول على الوجبات المخفضة أو المجانية الذي اعتدتم على تعبئته للحصول على وجبات مجانية، نحتاج منكم إلى ملء والتوقيع على "معلومات المسح الأسري". هذا التقرير ضروري جداً لتحديد المبلغ المالي الذي سوف تحصل عليه مدارسنا من قبل برنامج و الولاية والحكومة الفدرالية المختلفة مثل البند الأول أ ، المعرضين لخطر الرسوب (31 أ)، "البند الثاني أ- إي - معدل، إلخ.

هذه البرامج التكميلية لديها القدرة على تقديم الدعم والخدمات لطلابنا بما في ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر:

- الخدمات التعليمية (طاقم العمل، اللوازم، المواد الضرورية، إلخ.)
- الخدمات غير التعليمية (الاستشارة ، العمل الاجتماعي ، الخدمات الصحية ، إلخ)
- تطوير طاقم العمل
- نشاطات ولوازم تفاعل و مشاركة الأهل و المجتمع.
- التقنيات الحديثة

الرجاء إكمال المسح البياني وإعادته إلينا في أقرب وقت ممكن لضمان توفر تمويل إضافي لمدرستنا لتلبية احتياجات طلابنا. جميع المعلومات التي سوف تزودنا بها خلال هذا المسح البياني ستكون سرية دون مساعدتكم، لا يمكن لمدارسنا الاستفادة من هذه المنح المالية المحلية والفيدرالية.

لمزيد من المساعدة، أو الأسئلة و الاستفسارات الرجاء الاتصال بنا على رقم الهاتف التالي: (313)827-3007

مع كل الشكر

جيف ميرفي
مدير قسم خدمات التغذية

تعليمات استكمال معلومات المسح البياني العائلي

فرد من أفراد الأسرة هو أي طفل أو شخص بالغ يعيش معك.

إذا كان أي فرد من أفراد أسرته يحظى بفوائد برنامج المساعدة الغذائية (FAP) أو برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو FDPIR ، فيرجى اتباع التعليمات التالية:

القسم ألف: أدخل في المربع التالي العدد الإجمالي للأفراد الذين يعيشون في منزلك، بما في ذلك جميع الأطفال.
القسم باء: اكتب رقم الحالة الخاصة بأي فرد من أفراد الأسرة يحصل على مخصصات FAP أو FIP أو FDPIR (بما في ذلك البالغين)
القسم ت: اذكر الاسم الأول والأخير، وتاريخ الميلاد، واسم المدرسة التي يحضرها الطفل، وH إذا كان بلا مأوى، أو M للمهاجرين، أو R للفارين من البيت، أو F لمن هم في دور الرعاية.

القسم ث: الرجاء تخطي هذا الجزء

القسم ج: وقع على النموذج اكتب اسمك والتاريخ

إذا لم يكن أفراد الأسرة يتلقون مساعدات من برنامج المساعدة الغذائية (FAP) أو برنامج استقلال الأسرة (FIP) أو (FDPIR) الرجاء اتباع التعليمات التالية

القسم أ: اكتب العدد الاجمالي لأفراد العائلة بما في ذلك الأطفال

القسم باء: الرجاء تخطي هذا الجزء

القسم تاء: اذكر الاسم الأول والأخير، وتاريخ الميلاد، واسم المدرسة التي يدرس فيها الطفل، وH إذا كان بلا مأوى، أو M للمهاجرين، أو R للفارين من البيت، أو F لمن هم في دور الرعاية.

القسم ث: أكتب كامل الدخل الإجمالي لكل نوع من أنواع الدخل التي تنطبق عليك: إذا لم يكن لديك دخل لفئة أو أكثر من الفئات المكتوبة، في

حالة عدم وجود دخل ضع دائرة على NONE أضف الأسطر 1-6 وأدخل إجمالي دخل الأسرة الشهري

القسم ج: وقع على النموذج اكتب اسمك والتاريخ.