# SHKËMBIMI I INFORMACIONIT ME MEDICAID/CHIP

I dashur prind/kujdestar:

Në qoftë se fëmijët tuaj marrin ushqim falas apo me çmim të reduktuar në shkollë, ata gjithashtu mund të jenë në gjendje të marrin edhe sigurim shëndetësor falas ose me kosto të ulët nëpërmjet Medicaid ose Programit Shtetëror të Sigurimeve Shëndetësore të Fëmijëve (CHIP). Fëmijët me sigurim shëndetësor kanë më shumë gjasa për të marrë kujdes të rregullt shëndetësor dhe kanë më pak mundësi që të mungojnë nga shkolla për shkak të sëmundjeve.

Meqë sigurimi shëndetësor është aq i rëndësishëm për mirëqenien e fëmijëve, ligji na lejon që t’i tregojmë Medicaid dhe CHIP që fëmijët tuaj kanë të drejtë për ushqim falas ose me çmim të reduktuar, **përveç rastit kur ju nuk e dëshironi këtë**. Medicaid dhe CHIP përdorin të dhënat vetëm për identifikimin e fëmijëve të cilët mund të jenë të pranueshëm për programet e tyre. Zyrtarët e programit mund t’ju kontaktojnë për të ofruar regjistrimin e fëmijëve tuaj. Plotësimi i Aplikimit për Ushqime Falas ose me Çmim të Reduktuar në Shkollë nuk i regjistron automatikisht fëmijët tuaj në sigurimin shëndetësor.

Nëse ju nuk dëshironi që ne të shkëmbejmë informacionin tuaj me Medicaid ose CHIP, plotësoni formularin më poshtë dhe dërgojeni (Dërgimi i këtij formulari nuk do të ndryshojë asgjë nëse fëmijët tuaj do të marrin ushqim falas ose me çmim të reduktuar).

* **Jo! Unë nuk dua** që informacioni im në Aplikimin për Ushqime Falas ose me Çmim të Reduktuar në Shkollë të shkëmbehet me Medicaid ose Programin Shtetëror të Sigurimeve Shëndetësore të Fëmijëve.

Nëse jeni përgjigjur me Jo, plotësoni formularin e mëposhtëm për të siguruar që informacioni juaj për fëmijën(-ët) e renditur më poshtë TË MOS shkëmbehet:

Emri i fëmijës: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Shkolla:

Emri i fëmijës: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Shkolla:

Emri i fëmijës: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Shkolla:

Emri i fëmijës: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Shkolla:

Nënshkrimi i prindit / kujdestarit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:

Emri i shtypur:

Adresa:

Për më shumë informacion, ju mund të telefononi **[name]** në**[phone] ose e-mail në [e-mail address].**

Ktheni këtë formular në: **[address]** deri më **[date] .**

# SHKËMBIMI I INFORMACIONIT ME PROGRAME TË TJERA

I dashur prind/kujdestar:

Për t’ju kursyer kohë dhe mund, informacioni që ju dhatë në Aplikimin për Ushqim Falas ose me Çmim të Reduktuar në Shkollë mund të shkëmbehet me programe të tjera për të cilat fëmijët tuaj mund të kualifikohen. Për programet e mëposhtme, ne duhet të marrim lejen tuaj për të shkëmbyer të dhënat tuaja me të tjerët. Dërgimi i kësaj formë nuk do të ndryshojë asgjë nëse fëmijët tuaj do të marrin ushqim falas ose me çmim të reduktuar.

* Po! Unë **DUA** që zyrtarët e shkollës të shkëmbejnë informacionin nga Aplikimi im për Ushqim Falas ose me Çmim të Reduktuar në Shkollë me **[name of program specific to your school].**
* Po! Unë **DUA** të shkëmbejnë informacionin nga Aplikimi im për Ushqim Falas ose me Çmim të Reduktuar në Shkollë me  **[name of program specific to your school] .**
* Po! Unë **DUA** të shkëmbejnë informacionin nga Aplikimi im për Ushqim Falas ose me Çmim të Reduktuar në Shkollë me **[name of program specific to your school].**

Nëse jeni përgjigjur me Po në ndonjë ose të gjithë kuadratet e mësipërme, plotësoni formularin e mëposhtëm për të siguruar që informacioni juaj për fëmijën(-ët) e renditur më poshtë është shkëmbyer. Informacioni juaj do të shkëmbehet vetëm me programet që ju shënuat.

Emri i fëmijës: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Shkolla:

Emri i fëmijës: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Shkolla:

Emri i fëmijës: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Shkolla:

Emri i fëmijës: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Shkolla:

Nënshkrimi i prindit / kujdestarit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:

Emri i shtypur:

Adresa:

Për më shumë informacion, ju mund të telefononi **[name]** në **[phone] ose e-mail në [e-mail address]** .

Ktheni këtë formë në: **[address]** deri më**[date] .**

# NE DUHET TË KONTROLLOJMË APLIKIMIN TUAJ

Ju duhet të dërgoni informacion që ne kemi nevojë, ose kontaktoni [emri] deri më [data], përndryshe fëmija(-ët) juaj nuk do të marrë më ushqim falas ose me çmim të reduktuar.

Shkolla: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I dashur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Ne jemi duke kontrolluar Aplikimi tuaj për Ushqim Falas ose me Çmim të Reduktuar në Shkollë. Rregullat federale kërkojnë që ne të bëjmë këtë për të siguruar që vetëm fëmijët që iu takon, të marrin ushqime falas ose me çmim të reduktuar. Ju duhet të na dërgoni informacionin për të vërtetuar se **[name(s) of child(ren)][is/are]** pranueshëm.

Nëse është e mundur, dërgoni kopje, jo dokumenta origjinale. Nëse ju dërgoni dokumenta origjinale, ato do t’ju kthehen vetëm në qoftë se ju i kërkoni.

1. Nëse keni qenë duke marrë përfitime nga **[State SNAP] , [State TANF]** ose **[FDPIR]**  kur keni aplikuar për ushqim falas ose me çmim të reduktuar, ose në çdo kohë qysh atëherë, na dërgoni një kopje të një prej tyre:

* Njoftimi i Certifikimit **[State SNAP]** ose **[State TANF]** ose **[FDPIR]** që tregon datat e certifikimit.
* Letër nga zyra e **[State SNAP]** ose **[State TANF]** ose **[FDPIR]** që tregon datat e certifikimit.
* Mos dërgoni kartën tuaj EBT.

2. Nëse ju merrni këtë letër për një fëmijë emigrant, të pastrehë ose të larguar nga shtëpia, ju lutemi kontaktoni **[school, homeless liaison, or migrant coordinator]** për ndihmë.

3. Nëse fëmija është nën kujdestari:

Na siguroni dokumentacion të shkruar që vërteton se fëmija është përgjegjësi ligjore e agjencisë apo gjykatës, ose jepni emrin dhe informacionin e kontaktit për një person në agjenci apo gjykatë i cili mund të verifikojë se fëmija është nën kujdestari.

4. Në qoftë se askush në familjen tuaj nuk merr përfitime nga **[State SNAP]** ose **[State TANF]** ose **[FDPIR]:**

Dërgoni këtë faqe së bashku me letrat që tregojnë sasinë e parave që familja juaj merr nga çdo burim të ardhurash. Dokumentet që ju dërgoni duhet të tregojnë **emrin** e personit që ka marrë të ardhurat, **datën** kur është marrë, **sa shumë** dhe **sa shpesh** u mor. **Dërgoni informacionin në: [address]**

Dokumenta të pranueshme janë:

Punët:Pjesa e çekut ose letra e rrogës që tregon sasinë dhe sa shpesh merret paga; letër nga punëdhënësi që deklaron pagat bruto dhe sa shpesh ju jeni paguar; ose, në qoftë se punoni për veten tuaj, dokumentat e biznesit apo të fermës si p.sh. libri i llogarive ose ai i tatimeve.

Sigurimi shoqëror, pensionet apo dalja në pension:Letra e sigurimit shoqëror për përfitimin nga dalja në pension, deklarata e përfitimeve të marra ose njoftimi për dhënie pensioni.

Papunësia, aftësia e kufizuar ose kompensimi i punëtorit:Njoftimi i pranueshmërisë nga zyra shtetërore e sigurimit të punësimit, çeku i paguar ose letër nga zyra e kompensimit të punëtorit.

*Pagesat e ndihmës sociale:*Letra e përfitimeve nga zyra e **[State TANF].**

Mbështetja e fëmijës ose Mbështetja për ushqime:Dekreti i gjyqit, marrëveshje ose kopje të çeqeve të marra.

Të ardhura të tjera (të tilla si të ardhurat nga qiraja):Informacioni që tregon shumën e të ardhurave të marra, sa shpesh dhe data kur është marrë.

Nuk kam të ardhura: Një shënim i shkurtër që shpjegon se si ju siguroni ushqimin, veshje dhe strehim për familjen tuaj, dhe kur ju prisni që të merrni të ardhura.

Iniciativa e Privatizimit të Strehimit Ushtarak: Letër ose kontrata e qirasë që tregon se strehimi juaj është pjesë e *Iniciativa e Privatizimit të Strehimit Ushtarak*.

Afati i Dokumentacionit të Marrjes së të Ardhurave:Ju lutemi paraqisni dëshmi të të ardhurave mujore; ju mund të përdorni muajin para aplikimit, muajin kur keni aplikuar ose çdo muaj pas kësaj.

Nëse keni pyetje ose keni nevojë për ndihmë, ju lutemi telefononi **[name]** në **[phone number].** Telefonata është falas**. [Toll free or reverse charge explanation].** **Ju gjithashtu mund të dergoni e-mail në [e-mail address].**

Sinqerisht,

**[signature]**

Akti Kombëtar Richard B. Russell mbi Drekën në Shkollë ka nevojë për informacionin e kërkuar në mënyrë që të verifikojë të drejtën e fëmijëve tuaj për ushqim falas apo me çmim të reduktuar. Nëse ju nuk dërgoni këtë informacion ose ai është jo i plotë, fëmijve tuaj mund të mos iu ofrohet më ushqim falas apo me çmim të reduktuar. Sipas Seksionit 7 të Aktit të Privatësisë, në këtë rast nuk kërkohet numri juaj i Sigurimit Shoqëror. Ne nuk kemi nevojë dhe nuk kërkojmë ndonjë numër të Sigurimit Shoqëror që mund të çfaqet në dokumentat që ju dërgoni.

Në përputhje me ligjin federal të të drejtave civile dhe regullat e të drejtave civile dhe politikave të Departamentit Amerikan të Bujqësisë (USDA), USDA-së, agjencive të saj, zyrave, nëpunësve dhe institucioneve që marrin pjesë ose administrojnë programet e USDA-së iu ndalohet që të diskriminojnë në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, gjinisë, paaftësisë, moshës, apo të hakmerren ose bëjnë presion për veprimtari paraprake të të drejtave civile në çdo program apo aktivitet të kryer apo të financuar nga USDA-ja. Personat me aftësi të kufizuara të cilët kanë nevojë për mjete alternative komunikimi për informacion mbi programet (p.sh. Braille, shkronja të mëdha, kasetë audio, gjuhën Amerikane të Shenjave, etj.), duhet të kontaktojnë agjencinë (shtetërore ose lokale), ku ata aplikuan për përfitimet. Individët të cilët janë të shurdhër, me vështirësi në dëgjim ose kanë aftësi të kufizuara të të folurit mund të kontaktojnë USDA-në nëpërmjet Shërbimit Federal Relay në (800) 877-8339. Përveç kësaj, informacioni i programit mund të vihet në dispozicion në gjuhë të tjera përveç anglishtes. Për të derguar një ankesë për diskriminim në program, plotësoni Formularin e Ankesës për Diskriminim në Program USDA (AD-3027) që gjendet në internet në adresën: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, dhe në çdo zyrë USDA, ose shkruani një letër drejtuar USDA ku do të shkruani të gjithë informacionin e kërkuar në formular. Për të kërkuar një kopje të formularit të ankesës, telefononi (866) 632-9992. Dërgoni formularin e plotësuar ose letrën për USDA me:

(1) postë: U.S. Department of Agriculture

 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

 1400 Independence Avenue, SW

 Washington, DC 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442;

(3) ose email: program.intake@usda.gov.

Ky institucion është një ofrues i mundësive të barabarta.

# NE KEMI KONTROLLUAR APLIKIMIN TUAJ

Shkolla: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I dashur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Ne kontrolluam informacionin që na dërguat për të parë nëse **[name(s) of child(ren)]** kanë të drejtën për ushqim falas ose me çmim të reduktuar dhe kemi vendosur që:

* E drejta e fëmijës(-ëve) tuaj nuk ka ndryshuar.
* Duke filluar nga **[date]**, e drejta e fëmijës(-ëve) tuaj për ushqim do të ndryshohet **nga çmim i reduktuar në falas** sepse të ardhurat tuaja janë brenda kufijve të miratimit për ushqim falas. Fëmija(-ët) juaj do të marrë ushqim pa pagesë.
* Duke filluar nga **[date]**, e drejta e fëmijës(-ëve) tuaj për ushqim do të ndryshohet **nga falas në çmim të reduktuar** sepse të ardhurat tuaja janë mbi kufirin e miratimit për ushqim falas. Ushqimet me çmim të reduktuar kushtojnë **[$]** për drekë dhe **[$]** për mëngjes.
* Duke filluar nga **[date],** **fëmija(-ët) juaj nuk ka/kanë të drejtë** për ushqim falas ose me çmim të reduktuar për arsyen(-et) e mëposhtme:

\_\_\_ Të dhënat tregojnë se askush në familjen tuaj nuk ka marrë përfitime nga **[State SNAP]** ose **[State TANF].**

\_\_\_ Të dhënat tregojnë se fëmija(-ët) nuk është/nuk janë i/të pastrehë, i/të larguar nga shtëpia apo emigrant/ë.

\_\_\_ Të ardhurat tuaja janë mbi kufirin e caktuar për ushqim falas ose me çmim të reduktuar.

\_\_\_ Ju nuk dhatë: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Ju nuk iu përgjigjët kërkesës sonë.

Ushqimet kushtojnë **[$]** për drekë dhe **[$]** për mëngjes. Nëse të ardhurat tuaja familjare ulen ose madhësia e familjes suaj rritet, ju mund të aplikoni përsëri. Nëse më parë ju janë mohuar përfitimet sepse askush në familje ka marrë përfitime nga **[State SNAP], [State TANF]** ose **[FDPIR],** ju mund të riaplikoni në bazë të të ardhurave tuaja. Nëse ju nuk treguat prova për të drejtën aktuale, kjo do t’ju kërkohet nëse ju aplikoni përsëri.

Nëse ju nuk pajtoheni me këtë vendim, ju mund të bisedoni me **[name]** në **[phone].** Ju gjithashtu keni të drejtë për një proces të rregullt. Nëse ju kërkoni një seancë dëgjimore në **[date],** fëmija(-ët) juaj/tuaj do të vazhdojnë të marrin ushqim falas ose me çmim të reduktuar deri sa të merret vendimi nga zyrtari i seancës dëgjimore. Ju mund të kërkoni një seancë dëgjimore duke telefonuar ose duje i shkruar: **[name],** **[address] ,** **[phone number], ose [e-mail].**

Sinqerisht,

**[signature]**

Në përputhje me ligjin federal të të drejtave civile dhe regullat e të drejtave civile dhe politikave të Departamentit Amerikan të Bujqësisë (USDA), USDA-së, agjencive të saj, zyrave, nëpunësve dhe institucioneve që marrin pjesë ose administrojnë programet e USDA-së iu ndalohet që të diskriminojnë në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, gjinisë, paaftësisë, moshës, apo të hakmerren ose bëjnë presion për veprimtari paraprake të të drejtave civile në çdo program apo aktivitet të kryer apo të financuar nga USDA-ja. Personat me aftësi të kufizuara të cilët kanë nevojë për mjete alternative komunikimi për informacion mbi programet (p.sh. Braille, shkronja të mëdha, kasetë audio, gjuhën Amerikane të Shenjave, etj.), duhet të kontaktojnë agjencinë (shtetërore ose lokale), ku ata aplikuan për përfitimet. Individët të cilët janë të shurdhër, me vështirësi në dëgjim ose kanë aftësi të kufizuara të të folurit mund të kontaktojnë USDA-në nëpërmjet Shërbimit Federal Relay në (800) 877-8339. Përveç kësaj, informacioni i programit mund të vihet në dispozicion në gjuhë të tjera përveç anglishtes. Për të derguar një ankesë për diskriminim në program, plotësoni Formularin e Ankesës për Diskriminim në Program USDA (AD-3027) që gjendet në internet në adresën: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, dhe në çdo zyrë USDA, ose shkruani një letër drejtuar USDA ku do të shkruani të gjithë informacionin e kërkuar në formular. Për të kërkuar një kopje të formularit të ankesës, telefononi (866) 632-9992. Dërgoni formularin e plotësuar ose letrën për USDA me:

(1) postë: U.S. Department of Agriculture

 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

 1400 Independence Avenue, SW

 Washington, DC 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442;

(3) ose email: program.intake@usda.gov.

Ky institucion është një ofrues i mundësive të barabarta.

# Lajmërim për familjet me përfitime të miratuara/të refuzuara

I dashur prind/kujdestar:

Ju keni aplikuar për ushqim falas ose me çmim të reduktuar për fëmijën(-ët) si më poshtë:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aplikimi juaj u:

* Miratua për ushqim falas
* Miratua për ushqim me çmim të reduktuar me $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ për drekë, $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ për mëngjes, dhe $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ për snacks
* Mohua për arsyen(-t) e mëposhtme:
	+ Të ardhura mbi shumën e lejueshme
	+ Aplikimi është jo i plotë sepse
	+ Arsye tjetër

Nëse ju nuk pajtoheni me vendimin, ju mund të bisedoni me **[school official’s name]** në **[phone number]** ose në  **[e-mail address].** Nëse ju dëshironi të rishqyrtoni vendimin më tej, ju keni të drejtë për një proces të rregullt. Kjo mund të bëhet duke i telefonuar ose i shkruar zyrtarit të mëposhtëm:

EMRI:

ADRESA:

NUMRI I TELEFONIT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ADRESA E-MAIL

Sinqerisht,

**[signature]**

Emri Titulli Data

Në përputhje me ligjin federal të të drejtave civile dhe regullat e të drejtave civile dhe politikave të Departamentit Amerikan të Bujqësisë (USDA), USDA-së, agjencive të saj, zyrave, nëpunësve dhe institucioneve që marrin pjesë ose administrojnë programet e USDA-së iu ndalohet që të diskriminojnë në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, gjinisë, paaftësisë, moshës, apo të hakmerren ose bëjnë presion për veprimtari paraprake të të drejtave civile në çdo program apo aktivitet të kryer apo të financuar nga USDA-ja. Personat me aftësi të kufizuara të cilët kanë nevojë për mjete alternative komunikimi për informacion mbi programet (p.sh. Braille, shkronja të mëdha, kasetë audio, gjuhën Amerikane të Shenjave, etj.), duhet të kontaktojnë agjencinë (shtetërore ose lokale), ku ata aplikuan për përfitimet. Individët të cilët janë të shurdhër, me vështirësi në dëgjim ose kanë aftësi të kufizuara të të folurit mund të kontaktojnë USDA-në nëpërmjet Shërbimit Federal Relay në (800) 877-8339. Përveç kësaj, informacioni i programit mund të vihet në dispozicion në gjuhë të tjera përveç anglishtes. Për të derguar një ankesë për diskriminim në program, plotësoni Formularin e Ankesës për Diskriminim në Program USDA (AD-3027) që gjendet në internet në adresën: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, dhe në çdo zyrë USDA, ose shkruani një letër drejtuar USDA ku do të shkruani të gjithë informacionin e kërkuar në formular. Për të kërkuar një kopje të formularit të ankesës, telefononi (866) 632-9992. Dërgoni formularin e plotësuar ose letrën për USDA me:

(1) postë: U.S. Department of Agriculture

 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

 1400 Independence Avenue, SW

 Washington, DC 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442;

(3) ose email: program.intake@usda.gov.

Ky institucion është një ofrues i mundësive të barabarta.

# Njoftim për Certifikim të Drejtpërdrejtë

I dashur prind/kujdestar:

Dëshirojmë t’ju bëjmë të ditur se fëmija(-ët) i/e shënuar më poshtë do të marrin dreka, mëngjese dhe snacks falas në shkollë sepse ata marrin **[State SNAP]** ose **[State TANF]**.

|  |  |
| --- | --- |
| Emri i fëmijës | Emri i shkollës |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Nëse në familjen tuaj ka fëmijë të tjerë që nuk janë të renditur më sipër, ***ata gjithashtu kualifikohen për ushqim falas****.*

Ju lutemi kontaktoni shkollën ku shkon/shkojnë fëmija(-ët) juaj/tuaj në situatat e mëposhtme:

* Nëse në familjen tuaj ka fëmijë të tjerë që nuk janë renditur më sipër dhe ju do të dëshironit që ata të marrin ushqim falas në shkollë
* Ju nuk doni që fëmijët tuaj të marrin ushqim falas
* Keni ndonjë pyetje shtesë

**[name]**

**[phone number]**

**[e-mail address]**

Sinqerisht,

**[signature]**

Në përputhje me ligjin federal të të drejtave civile dhe regullat e të drejtave civile dhe politikave të Departamentit Amerikan të Bujqësisë (USDA), USDA-së, agjencive të saj, zyrave, nëpunësve dhe institucioneve që marrin pjesë ose administrojnë programet e USDA-së iu ndalohet që të diskriminojnë në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, gjinisë, paaftësisë, moshës, apo të hakmerren ose bëjnë presion për veprimtari paraprake të të drejtave civile në çdo program apo aktivitet të kryer apo të financuar nga USDA-ja. Personat me aftësi të kufizuara të cilët kanë nevojë për mjete alternative komunikimi për informacion mbi programet (p.sh. Braille, shkronja të mëdha, kasetë audio, gjuhën Amerikane të Shenjave, etj.), duhet të kontaktojnë agjencinë (shtetërore ose lokale), ku ata aplikuan për përfitimet. Individët të cilët janë të shurdhër, me vështirësi në dëgjim ose kanë aftësi të kufizuara të të folurit mund të kontaktojnë USDA-në nëpërmjet Shërbimit Federal Relay në (800) 877-8339. Përveç kësaj, informacioni i programit mund të vihet në dispozicion në gjuhë të tjera përveç anglishtes. Për të derguar një ankesë për diskriminim në program, plotësoni Formularin e Ankesës për Diskriminim në Program USDA (AD-3027) që gjendet në internet në adresën: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, dhe në çdo zyrë USDA, ose shkruani një letër drejtuar USDA ku do të shkruani të gjithë informacionin e kërkuar në formular. Për të kërkuar një kopje të formularit të ankesës, telefononi (866) 632-9992. Dërgoni formularin e plotësuar ose letrën për USDA me:

(1) postë: U.S. Department of Agriculture

 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

 1400 Independence Avenue, SW

 Washington, DC 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442;

(3) ose email: program.intake@usda.gov.

Ky institucion është një ofrues i mundësive të barabarta.