



Pride and Progress

# माउंट हेल्थी सिटी स्कूल खाद्य सेवा विभाग

7615 Harrison Avenue, Cincinnati, Ohio 45231

Phone (513) 728-4972 · Fax (513) 742-6025

[www.mthcs.org](http://www.mthcs.org)

## २०२३-२०२४ घरेलु जानकारी सर्वेक्षण

माउन्ट हेल्थी सिटी स्कूल डिस्ट्रिक्टले राष्ट्रिय विद्यालय खाजा कार्यक्रम (NSLP) अन्तर्गत सामुदायिक योग्यता प्रावधान (CEP) मा भाग लिनेछ। यस विकल्प अन्तर्गत, विद्यालयका सबै बालबालिकाहरूले यो फारम भरे तापनि कुनै शुल्क नलिई बिहानको खाजा/दिउँसोको खाना पाउँछन्। यद्यपि, तपाईंको बच्चाको विद्यालयले योग्य हुन सक्ने विभिन्न अतिरिक्त राज्य र संघीय कार्यक्रमका लाभहरूको लागि योग्यता निर्धारण गर्न, यदि तपाईंको आम्दानी निम्न चार्टमा सूचीबद्ध दिशानिर्देशहरू भित्र वा कम छ भने कृपया यो आवेदन पूरा गर्नुहोस्, हस्ताक्षर गर्नुहोस् र तपाईंको विद्यालय भवनमा फिर्ता गर्नुहोस्।

आम्दानी दिशानिर्देशहरू - 185%

दिशानिर्देशहरू जुलाई 1, 2023 देखि जुन 30, 2024 सम्म लागू हुनेछन्

सङ्ख्या परिवारमा भएका व्यक्तिहरू वा घरपरिवारको आकार	बार्षिक	मासिक	महिनामा दुई पटक	प्रत्येक दुई हप्तामा	साप्ताहिक
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Each additional member add	+9,509	+793	+397	+366	+183

**\*\* महत्त्वपूर्ण \*\*** जुलाई १, २०१७ देखि लागू हुने विगतका विद्यालय वर्षहरूको शुल्क माफी अब स्वीकार वा प्रशोधन गरिने छैन। चालू विद्यालय वर्षको लागि मात्र शुल्क माफ गरिनेछ।

शुल्क माफी फारमहरू प्रत्येक वर्ष पूरा गर्नुपर्छ र अप्रिल 15 भन्दा पछि कोषाध्यक्षको कार्यालयमा फिर्ता गर्नुपर्छ। यस मिति पछि शुल्क माफी प्रक्रिया वा स्वीकार गरिने छैन।

This institution is an equal opportunity provider

कृपया यस पृष्ठको पछाडिको फारमलाई पूर्ण रूपमा पूरा गर्नुहोस्। गलत वा अपूर्ण फारमहरूले तपाईंको शुल्क माफी अनुरोधको प्रक्रियामा ढिलाइ गर्नेछ।

# २०२३-२०२४ घरपरिवार जानकारी सर्वेक्षण

यदि तपाईंको परिवारको कुनै सदस्यले पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP, पहिले फुड स्ट्याम्पहरू) वा ओहायो वर्क्स फर्स्ट (OWF) लाभहरू प्राप्त गर्दछ भने, लाभहरू प्राप्त गर्ने व्यक्तिको नाम र केस नम्बर प्रदान गर्नुहोस् त्यसपछि खण्ड 4 मा जानुहोस्। यदि कसैले प्राप्त गर्दैन भने। यी लाभहरू, खण्ड 1 बाट सुरु गर्नुहोस्।

नाम \_\_\_\_\_ केस नंबर \_\_\_\_\_

**निर्देशनहरू:** यस सर्वेक्षणलाई पूर्ण रूपमा पूरा गर्नुहोस् र यसलाई तपाईंको बच्चाको विद्यालयमा फिर्ता गर्नुहोस् वा निम्न ठेगानामा मेल गर्नुहोस्:

**Mt. Healthy School Treasurer's Office, 7615 Harrison Avenue, Cincinnati, OH 45231.**

## निम्न छनोटहरू घरको प्रमुख वा डिजाइनकर्ताले पूरा गरेको हुनुपर्छ

1. परिवारको आकार :- सबै वयस्क र बच्चाहरू सहित तपाईंको घरमा बस्ने व्यक्तिहरूको कुल सङ्ख्या देखाउनुहोस्।: \_\_\_\_\_
2. विद्यार्थी जानकारी - कक्षा १२ देखि प्रि-के प्रत्येक विद्यार्थीको लागि पूरा गर्नुहोस्।: \_\_\_\_\_

विद्यालय

थर	जन्म मिति MM-DD-YY	पहिलो नाम	पहिचान: H = बेघर M = प्रवासी R = भागेको F = पालनपोषण
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

थप लाइनहरूको लागि, कृपया यो सर्वेक्षणमा दोस्रो पाना संलग्न गर्नुहोस् वा पृष्ठ 2 को रूपमा स्पष्ट रूपमा चिन्ह लगाइएको यो सर्वेक्षणको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्।

1. **कुल मासिक घरायसी आय - पालनपोषण बालबालिका बाहेक परिवारका सबै सदस्यहरूको लागि आय रिपोर्ट गर्नुहोस्। यदि तपाईंले माथिको केस नम्बर रिपोर्ट गर्नुभएको छ भने, कृपया यो खण्ड पूरा नगर्नुहोस्। खण्ड 4 मा जानुहोस्।**

आम्दानी को प्रकार	आम्दानी	आम्दानी छैन यदि सर्कल गर्नुहोस्
1. Gross Monthly Earnings: Wages, Salary, Commissions	\$	None
2. Monthly Welfare Payments, Child Support, Alimony	\$	None
3. Monthly Payments from Pensions, Retirement, Social Security	\$	None
4. Monthly Dividends or Interest on Savings	\$	None
5. Monthly Worker's Compensation, Unemployment, Strike Benefit	\$	None
6. Other Monthly Income (SSI, VA, Disability, Farm, other)	\$	None

**This institution is an equal opportunity provider**

कुल मासिक घरायसी आमदानी (लाइनहरू १-६ थप्नुहोस्)

\$

4. हस्ताक्षर - यदि आय खण्ड पूरा भयो भने, फारममा हस्ताक्षर गर्ने वयस्कले आफ्नो सामाजिक सुरक्षा नम्बरको अन्तिम चार (4) अंकहरू पनि सचीबद्ध गर्नपर्छ वा तलको "मसँग सामाजिक सुरक्षा नम्बर छैन" बाकस जाँच गर्नपर्छ।

म प्रमाणित गर्छु (वादा) कि यो आवेदन मा सबै जानकारी सत्य छ र सबै आय रिपोर्ट गरिएको छ। मैले दिएको जानकारीको आधारमा विद्यालय निश्चित संघीय र/वा राज्य कोषका लागि योग्य हुनेछ भन्ने मैले बुझेको छु। म बुझ्छु कि विद्यालय अधिकारीहरूले जानकारी प्रमाणित (जाँच) गर्न सक्छन्। म बुझ्छु कि यदि मैले जानाजानी गलत जानकारी दिएमा, मेरो बच्चाको लाभ गुमाउन सक्छ र ममाथि कारबाही हुन सक्छ।

साइन यहाँ गर्नुहोस् : X \_\_\_\_\_ नाम : \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा नम्बरको अन्तिम चार (4) अंकहरू: XXX-XXX-\_\_\_\_\_  मसँग सामाजिक सुरक्षा नम्बर छैन

Address \_\_\_\_\_ City/State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

आन्तरिक प्रयोगको लागि मात्र:

Please circle one option

QUALIFIES

DOES NOT QUALIFY

This institution is an equal opportunity provider