

يوليو/تموز 2024

عزيزي ولي الطالب/الوصي الشرعي:

إذا كان لديك أطفال مؤهلين للإنضمام الى البرنامج الفيدرالي الخاص بالحصول على وجبات طعام مجانية ومخفضة الأسعار، فقد يكونوا مؤهلين أيضاً للمشاركة في برامج أخرى تقدمها مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية بدون دفع الرسوم الواجبة للاشتراك فيها أو عن طريق دفع رسوم منخفضة. كما أنك مؤهل للحصول على معلومات حول المنح الدراسية والدروس والخدمات التي تقدمها المؤسسات والمنظمات الأخرى من غير مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS.

إذا كنت ترغب بمشاركة أطفالك في برامج مدارس FCPS التي تستلزم دفع رسوم لكن على أساس المشاركة المجانية فيها أو دفع رسوم منخفضة، وكذلك الحصول على معلومات بشأن إعانات أخرى لأطفالك، يتوجب عليك في هذه الحالة تقديم موافقة خطية تسمح بموجبها لموظفي مدارس FCPS بمشاركة المعلومات المتعلقة بأهلية أطفالك للحصول على وجبات الطعام.

في حال موافقتك على مشاركة هذه المعلومات، فسنفصح فقط عن الجزء المتعلق فيما إذا كنت مؤهلاً للحصول على وجبات طعام مجانية ومخفضة الأسعار، وسنفصح عنها فقط الى مدير مدرسة الطالب والمستشارين التربويين في المدرسة والموظفين المسؤولين عن هذه الأنشطة في مدارس FCPS. لن يستخدم كادر مدارس FCPS المعلومات التي يحصلون عليها إلا للأغراض الموضحة في هذه الرسالة. لن نفصح عن أي معلومات تتعلق بالتعريف عن الهوية الشخصية لأي جهة من خارج مدارس FCPS وذلك وفقاً للوائح التنظيمية الفيدرالية والأخرى الصادرة عن الولاية. بالإضافة لذلك، تضمن سياسة الثقة في مدارس FCPS إمكانية حصول طلاب مدارس FCPS وعوائلهم على جميع الإعانات والخدمات المقدمة من مدارس FCPS بدون مخافة الإفصاح عن تلك المعلومات الى موظفي الهجرة الفيدراليين. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الرابط التالي www.fcps.edu/trustpolicy.

يرجى إكمال المعلومات الخاصة بأطفالك في المساحة المخصصة أدناه مع وضع علامة (✓) على المربعات المناسبة في الجزء الخلفي من هذه الإستمارة. إن موافقتك على مشاركة هذه المعلومات هو أمر طوعي تماماً. إن رفضك مشاركة المعلومات المتعلقة بأهلية أطفالك مع باقي البرامج الأخرى التابعة لمدارس FCPS لن يؤثر على أهليتهم في الحصول على وجبات طعام مجانية ومخفضة الأسعار.

يرجى إعادة هذه الإستمارة في الظرف المعنون مع طلب التقديم الى العنوان التالي: **Fairfax County Public Schools, Office of Food and Nutrition Services, 6840 Industrial Road Springfield VA 22151-9922**

مع أطيب التحيات،


 .Michelle C. Reid, Ed.D
 المديرية العامة للهيئة التعليمية

MR/va

وفقاً لما ينص عليه قانون الحقوق المدنية الفيدرالي واللوائح التنظيمية وسياسات الحقوق المدنية في وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الجنس (وهذا يشمل الهوية الجنسية والميول الجنسية) أو الإعاقة أو العمر أو الأخذ بالتأثر أو الانتقام نتيجة القيام بنشاط سابق في مجال الحقوق المدنية.

بالإمكان توفير معلومات عن البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. يتوجب على الأشخاص من ذوي الإحتياجات الخاصة ممن يستلزم استخدامهم وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات بخصوص البرنامج (على سبيل المثال استخدام لغة برايل Braille، مطبوعات بحروف كبيرة، أشرطة تسجيل، لغة الإشارة الأمريكية) الإتصال بالمؤسسة المسؤولة المحلية أو التابعة للولاية المشرفة على البرنامج أو بمركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA على الرقم 2600-720 (202) (مباشر و TTY (للصم) أو الإتصال بوزارة USDA من خلال خدمات الإتصال الفيدرالية البديلة على الرقم 877-8339 (800).

ومن أجل رفع شكوى بخصوص حدوث حالة تمييز، يجب على المشتكى إكمال المعلومات في إستمارة الشكوى رقم AD-3027، وهي إستمارة شكوى ضد حصول حالة تمييز في برنامج تابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA، والتي يمكن الحصول عليها من على الرابط التالي: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form> من أي مكتب تابع لوزارة USDA عن طريق الإتصال على الرقم 632-9992 (866) أو كتابة رسالة معنونة الى وزارة USDA. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم الهاتف وتوضيح خطي عن حالة التمييز المزعم حدوثها مع ذكر تفاصيل كافية لإطلاع مساعد الوزير للحقوق المدنية (ASCR) حول طبيعة الانتهاك الحاصل للحقوق المدنية وتاريخ حدوثه. يجب إرسال الإستمارة رقم AD-3027 أو الرسالة الى وزارة الزراعة الأمريكية USDA عن طريق:

- البريد:
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
فاكس:
- أو (833) 256-1665 أو (202) 690-7442؛ أو
البريد الإلكتروني program.intake@usda.gov

مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية
إستمارة الموافقة على مشاركة المعلومات للحصول على إعانات من برامج أخرى
للعام 2024-2025

اسم المدرسة	اسم الطالب	رقم هوية الطالب المدرسية
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

يرجى وضع علامة (✓) على المربع أو المربعات المناسبة.

إذا كنتُ أرغب في حصول أطفالي على كافة الإعانات المؤهلين للحصول عليها، سأضع علامة (✓) على المربع في العمود الواقع على جهة اليمين أدناه. إذا كنتُ أرغب في مشاركة المعلومات الخاصة بأطفالي مع برامج محددة بعينها، سأضع علامة (✓) فقط على المربع أو المربعات في العمود الواقع على جهة اليسار التي توضح هذه البرامج. أنا أفهم بأنه لن تكون كافة الإعانات والبرامج الموضحة أدناه متوفرة للطلاب في كل مدرسة وفي كل مرحلة دراسية.

كافة المخصصات المؤهلين للحصول عليها **أو** برامج محددة

رسوم الطلاب وفق ما ورد في اللائحة التنظيمية والإشعار 5922

تقديم المساعدة للطلاب:

معلومات حول المنح الدراسية والصفوف وغيرها من
الخدمات التعليمية غير التابعة لمدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية
معلومات حول المساعدة المتوفرة

كلاً لا أريد أن يتم مشاركة المعلومات المتعلقة بأهلية أطفالي للمشاركة في البرنامج الفيديالي
لوجبات الطعام المجانية والمخفضة الأسعار مع باقي البرامج المذكورة أعلاه.

توقيع أحد الوالدين/الوصي الشرعي:

التاريخ:

كتابة الاسم
بوضوح: