

학부모/후견인께:

어린이들은 학습을 위해 건강에 좋은 음식이 필요합니다. 귀하의 자녀가 다는 학교에서는 수업이 있는 모든 요일에 건강에 좋은 급식을 제공합니다. 귀하의 자녀는 무상 또는 할인가격 급식 수혜 자격이 있을 수 있습니다.

1. **신청서는 자녀마다 작성해야 하는가? 아닙니다. 귀하의 가구 내 모든 학생을 위해 무상 및 할인가격 학교 급식 신청서를 1부를 작성하십시오.** 완전하게 작성하지 않은 신청서는 승인되지 않습니다. 그러므로 필수 정보는 반드시 기입하도록 하십시오. 작성한 신청서는 귀하의 자녀 중 한 명의 학교로 보내십시오.
2. **누가 무상 급식을 받을 수 있는가?** 영양보충지원 프로그램(SNAP), 인디언 보호지역에 대한 식량지원계획 또는 일부 주에서의 저소득가정 임시 재정지원 서비스(TANF) 혜택을 받는 가구의 모든 아동은 귀하의 소득에 관계 없이 무상 급식을 받을 수 있습니다. 또한, 귀하의 가구 총소득이 연방 수혜자격 소득지침의 무상 제한 이내인 경우, 귀하의 자녀는 무상 급식을 받을 수 있습니다.
3. **위탁아동은 무상 급식을 받을 수 있는가?** 그렇습니다. 위탁기관 또는 법원이 법적 책임을 지는 위탁아동은 무상 급식을 받을 수 있습니다. 위탁가구에 거주하는 위탁아동은 해당 가구의 소득에 상관 없이 무상 급식을 받을 자격이 있습니다.
4. **노숙아동, 가출아동, 이주아동은 무상 급식을 받을 수 있는가?** 그렇습니다. 노숙아동, 가출아동 또는 이주아동의 정의에 부합하는 아동은 무상 급식을 받을 자격이 있습니다. 귀하의 자녀가 무상 급식을 받을 것이라는 통보를 받지 못한 경우, 귀하의 자녀의 학교로 전화 또는 이메일로 연락하여 수혜자격이 있는지 알아보십시오.
5. **누가 할인가격 급식을 받을 수 있는가?** 귀하의 가구 소득이 본 신청서에 표시된 연방 수혜자격 소득 차트의 할인가격 급식 소득 범위 이내일 경우 귀하의 자녀는 할인가격 급식을 받을 수 있습니다.
6. **이번 학년도에 우리 아이의 무상 급식 수혜자격이 승인되었다는 통신문을 받았다. 그래도 신청서를 작성해야 하는가?** 받으신 통신문을 자세히 읽고 안내지침을 따르십시오. 의문사항이 있는 경우 귀하 자녀의 학교로 문의하십시오.
7. **우리 아이의 신청은 지난 해에 승인을 받았다. 그래도 신청서를 작성해야 하는가?** 그렇습니다. 귀하의 자녀의 신청은 1년간, 즉 해당 학년도와 이번 학년도의 처음 며칠간만 유효합니다. 학교에서 귀하의 자녀가 새 학년도에도 여전히 수혜자격이 있다고 통보를 하지 않은 이상 반드시 새 신청서를 작성해서 보내야 합니다.
8. **나는 WIC 혜택을 받는다. 내 자녀는 무상 급식을 받을 수 있는가?** WIC에 참여하는 가구의 아동들은 무상 또는 할인가격 급식 수혜자격이 있을 수 있습니다. 신청서를 작성하십시오.
9. **내가 제공하는 정보를 검증할 것인가?** 그렇습니다. 서면 증빙자료를 보내도록 요구 받을 수도 있습니다.
10. **현재 수혜자격이 없는 경우 나중에 신청할 수 있는가?** 그렇습니다. 학년도 기간 내에 언제든지 신청할 수 있습니다. 예를 들어, 학부모 또는 후견인이 실직한 아동은 해당 가구의 소득이 소득 제한금액 아래로 떨어지는 경우 무상 또는 할인가격 급식을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

11. **나의 신청에 대한 학교의 결정에 동의하지 않을 경우 어떻게 하는가?** 귀하는 학교 관계자와 상담해야 합니다. 청문회를 요청하여 해당 결정을 검토하도록 할 수도 있습니다.
12. **나의 가구 내에 미국 시민권자가 아닌 사람이 있어도 신청할 수 있는가?** 그렇습니다. 귀하나 귀하의 자녀는 미국 시민권자가 아니라도 무상 또는 할인가격 급식 혜택을 받을 수 있습니다.
13. **나의 가구 구성원으로 누구를 포함시켜야 하는가?** 귀하는 친척관계 여부에 상관없이 (예를 들어 조부모, 기타 친척 또는 친구) 귀하의 가구 내에 거주하며 소득과 가구 지출을 공유하는 모든 사람을 포함시켜야 합니다. 귀하는 또한 본인 및 귀하와 함께 생활하는 모든 자녀/아동을 포함시켜야 합니다. 만약 경제적으로 독립된 사람(예를 들어 귀하가 지원하지 않는 사람, 귀하 또는 귀하의 자녀/아동과 소득을 공유하지 않는 사람, 지출 비율에 따라 가구 지출을 분담하는 사람 등)과 같이 생활하는 경우, 그런 사람은 포함시키지 마십시오.
14. **나의 소득이 항상 일정하지 않은 경우에는 어떻게 하는가?** 정상적으로 받는 금액을 기입하십시오. 예를 들어, 정상적으로 매월 \$1000의 소득이 있지만 지난 달에 일할 기회를 몇 번 놓쳐 \$900 밖에 벌지 못하였다더라도 매월 소득이 \$1000인 것으로 기입하십시오. 통상적으로 잔업에 대해 보수를 받는 경우 포함하십시오. 하지만 그냥 때때로 하는 경우라면 포함하지 마십시오. 실직하였거나 근무 시간 또는 급여가 줄어든 경우에는 현재의 소득을 기입하십시오.
15. **우리는 군인이다. 주택수당을 소득에 포함시켜야 하는가?** 기지 외 주택수당을 받는 경우 반드시 소득에 포함시켜야 합니다. 하지만 귀하의 주택이 군인주택 민영화 계획의 일부분인 경우에는 주택수당을 소득에 포함시키지 마십시오.
16. **내 배우자는 전쟁 지역에 배치되었다. 전쟁수당을 소득으로 인정하는가?** 아닙니다. 만약 기본 급여 외에 전쟁 지역에 배치됨으로써 전쟁수당을 추가로 받으며 배치되기 전에 받지 않았던 경우에는 전쟁수당을 소득으로 간주하지 않습니다. 추가 정보는 귀하 자녀의 학교로 문의하십시오.
17. **우리 가족은 추가 도움이 필요하다. 우리가 신청할 수 있는 다른 프로그램이 있는가?** 기타 보조 혜택 신청 방법은 귀하의 현지 보조 사무소로 문의하십시오.

신청 안내

가구 구성원은 귀하와 함께 거주하는 아동 또는 성인입니다.

귀하의 가구가 영양보충지원 프로그램(SNAP), 저소득가정 임시 재정지원 서비스(TANF) 또는 인디언 보호지역에 대한 식량지원계획(FDPIR)의 혜택을 받는 경우, 아래 지침을 따르십시오.

- 파트 1:** 가구 내 모든 구성원의 성명과 각각의 자녀가 취학하는 학교 이름을 기입합니다.
- 파트 2:** SNAP 또는 TANF 또는 FDPIR 혜택을 받는 가구 내 구성원(성인 포함)의 케이스 번호를 기입합니다.
- 파트 3:** 이 파트는 건너뜁니다.
- 파트 4:** 이 파트는 건너뜁니다.
- 파트 5:** 양식에 서명합니다. 사회보장번호의 마지막 네 자리 숫자는 필요하지 **않습니다**.
- 파트 6:** 선택하는 경우 이 질문에 답합니다.

귀하의 가구 내에서 누구도 영양보충지원 프로그램(SNAP) 또는 저소득가정 임시 재정지원 서비스(TANF) 혜택을 받지 않거나, 귀하의 가구 내에 노숙아동, 이주아동 또는 가출아동이 없는 경우, 아래 지침을 따르십시오.

- 파트 1:** 가구 내 모든 구성원의 성명과 각각의 자녀가 취학하는 학교 이름을 기입합니다.
- 파트 2:** 이 파트는 건너뜁니다.
- 파트 3:** 귀하가 신청을 하는 아동 중 노숙아동, 이주아동 또는 가출아동이 있는 경우, 해당되는 상자에 표시하고 아동의 학교로 연락합니다.
- 파트 4:** 가구 내의 아동이 파트 3에 근거하여 자격이 없는 경우에만 이 파트를 작성합니다. '모든 기타 가구'의 지침을 참고합니다.
- 파트 5:** 양식에 서명합니다. 파트 4를 기입할 필요가 없는 경우엔 사회보장번호의 마지막 네 자리 숫자는 필요하지 **않습니다**.
- 파트 6:** 선택하는 경우 이 질문에 답합니다.

위탁아동을 위해 신청하는 경우, 아래 지침을 따르십시오.

가구 내의 아동이 모두 위탁아동인 경우:

- 파트 1:** 모든 위탁아동의 성명과 각각의 아동이 취학하는 학교 이름을 기입합니다. 해당 아동이 위탁아동이라는 상자에 표시합니다.
- 파트 2:** 이 파트는 건너뜁니다.
- 파트 3:** 이 파트는 건너뜁니다.
- 파트 4:** 이 파트는 건너뜁니다.
- 파트 5:** 양식에 서명합니다. 사회보장번호의 마지막 네 자리 숫자는 필요하지 **않습니다**.
- 파트 6:** 선택하는 경우 이 질문에 응답합니다.

가구 내의 아동 중 일부만 위탁아동인 경우:

- 파트 1:** 가구 내 모든 구성원의 성명과 각각의 아동이 취학하는 학교 이름을 기입합니다. 아동을 포함하여 소득이 없는 사람은 반드시 '소득 없음' 상자에 표시해야 합니다. 해당 아동이 위탁아동인 경우 상자에 표시합니다.
- 파트 2:** 케이스 번호가 없는 경우, 이 파트는 건너뜁니다.
- 파트 3:** 귀하가 신청을 하는 아동 중 노숙아동, 이주아동 또는 가출아동이 있는 경우, 해당되는 상자에 표시하고 아동의 학교로 연락합니다. 그렇지 않으면 이 파트는 건너뜁니다.

파트 4: 다음 지침에 따라 이 달 또는 지난 달의 총 가구소득을 기입합니다.

- **첫째 열-성명:** 소득이 있는 가구 구성원의 성명을 기입합니다.
- **둘째 열-총소득 및 수령 횟수:** 각각의 가구 구성원에 대해 해당 달에 수령한 소득 유형을 기입합니다. 수령 횟수도 기입해야 합니다—1주에 한 번, 2주에 한 번, 1달에 두 번 또는 1달에 한 번. 소득은 반드시 실제로 수령하는 금액이 아닌 총소득을 기입합니다. 총소득이란 세금과 기타 공제금을 납부하기 이전의 소득입니다. 총소득 금액은 귀하의 급여 명세서나 상사로부터 알아볼 수 있습니다.
- **기타 소득**에 있어서는, 웰페어, 자녀 부양금, 위자료, 연금, 은퇴수당, 사회보장보충수입(SSI), 재향군인 혜택수당(VA 혜택수당), 장애 혜택수당 등을 각각 열거하여 금액을 기입합니다.
- **'모든 기타 소득'**란에는 근로자 상해수당, 실업 또는 파업 수당, 귀하의 가구에 거주하지 않는 사람으로부터 정기적으로 받는 금액과 기타 모든 소득을 기입합니다. SNAP, FDPIR, WIC, 연방교육수당이나, 위탁기관에서 받은 위탁 수당을 소득에 포함시키지 마십시오. 자영업인 경우에만 '근로 소득'란에 지출금액을 제한 소득을 기입합니다. 이는 귀하의 비즈니스, 농장 또는 부동산임대 소득을 기입하는 것입니다. 군인주택 민영화 계획에 참여하거나 전쟁수당을 받는 경우, 이러한 수당을 소득에 포함시키지 마십시오.

파트 5: 반드시 성인 가구 구성원이 이 양식에 서명하고 사회보장번호의 마지막 네 자리 숫자를 기입해야 합니다(사회보장번호가 없는 경우는 해당 상자에 표시함).

파트 6: 선택하는 경우 이 질문에 응답합니다.

WIC 가구를 포함한 기타 모든 가구인 경우, 아래 지침을 따르십시오.

파트 1: 가구 내 모든 구성원의 성명과 각각의 자녀가 취학하는 학교 이름을 기입합니다. 아동을 포함하여 소득이 없는 사람은 반드시 '소득 없음' 상자에 표시해야 합니다.

파트 2: 케이스 번호가 없는 가구는 이 파트는 건너뜁니다.

파트 3: 귀하가 신청을 하는 아동 중 노숙아동, 이주아동 또는 가출아동이 있는 경우, 해당되는 상자에 표시하고 아동의 학교로 연락합니다. 그렇지 않으면 이 파트는 건너뜁니다.

파트 4: 다음 지침에 따라 이 달 또는 지난 달의 총 가구소득을 기입합니다.

- **첫째 열-성명:** 소득이 있는 가구 구성원의 성명을 기입합니다.
- **둘째 열-총소득 및 수령 횟수:** 각각의 가구 구성원에 대해 해당 달에 수령한 소득 유형을 기입합니다. 수령 횟수도 기입해야 합니다—1주에 한 번, 2주에 한 번, 1달에 두 번 또는 1달에 한 번. 소득은 반드시 실제로 수령하는 금액이 아닌 총소득을 기입합니다. 총소득이란 세금과 기타 공제금을 납부하기 이전의 소득입니다. 총소득 금액은 귀하의 급여 명세서나 상사로부터 알아볼 수 있습니다.
- **기타 소득**에 있어서는, 웰페어, 자녀 부양금, 위자료, 연금, 은퇴수당, 사회보장보충수입(SSI), 재향군인 혜택수당(VA 혜택수당), 장애 혜택수당 등을 각각 열거하여 금액을 기입합니다. **'모든 기타 소득'**란에는 근로자 상해수당, 실업 또는 파업 수당, 귀하의 가구에 거주하지 않는 사람으로부터 정기적으로 받는 금액과 기타 모든 소득을 기입합니다. SNAP, FDPIR, WIC, 연방교육수당이나, 위탁기관에서 받은 위탁 수당을 소득에 포함시키지 마십시오. 자영업인 경우에만 '근로 소득'란에 지출금액을 제한 소득을 기입합니다. 이는 귀하의 비즈니스, 농장 또는 부동산임대 소득을 기입하는 것입니다. SNAP, FDPIR, WIC 또는 연방교육수당 소득을 포함시키지 마십시오. 군인주택 민영화 계획에 참여하거나 전쟁수당을 받는 경우, 이러한 수당을 소득에 포함시키지 마십시오.

파트 5: 반드시 성인 가구 구성원이 이 양식에 서명하고 사회보장번호의 마지막 네 자리 숫자를 기입해야 합니다(사회보장번호가 없는 경우는 해당 상자에 표시함).

파트 6: 선택하는 경우 이 질문에 응답합니다.

무상 및 할인가격 학교 급식 신청서

파트 1. 모든 가구 구성원				
모든 가구 구성원의 성명 (이름, 중간이름 이니셜, 성)	각각의 아동이 취학하는 학교 이름/미취학 아동일 경우 '해당 없음'(NA)으로 표시합니다	위탁아동일 경우 표시합니다(웰페어 기관 또는 법원의 법적 책임) * 기입한 아동이 모두 위탁아동일 경우 파트 5로 건너뛰어 이 양식에 서명합니다.	소득이 없는 경우 표시합니다	
		<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"/>	
파트 2. 혜택				
귀하의 가구 내 구성원이 [SNAP], [FDPIR] 또는 [TANF CASH ASSISTANCE] 혜택을 받는 경우, 해당 구성원의 성명과 케이스 번호를 기입하고 파트 5로 건너뛸 니다. 이러한 혜택을 받는 구성원이 없으면 파트 3으로 건너뛸 니다				
성명: _____ 케이스 번호: _____				
파트 3. 귀하가 신청을 하는 아동 중 노숙아동, 이주아동 또는 가출아동이 있는 경우, 해당되는 상자에 표시하고 아동의 학교로 연락합니다. 노숙아동 <input type="checkbox"/> 이주아동 <input type="checkbox"/> 가출아동 <input type="checkbox"/>				
파트 4. 가구 총소득. 반드시 금액과 수령 횟수를 기입해야 합니다.				
1. 성명 (소득이 있는 가구 구성원만 기입합니다)	2. 총소득 및 수령 횟수			
	공제금 이전의 근로 소득	웰페어, 자녀 부양금, 위자료	연금, 은퇴수당, 사회보장수당, SSI, VA 혜택수당	모든 기타 소득
(예) Gildong Hong	\$199.99/1주에 한 번	\$149.99/1주에 두 번	\$99.99/1달에 한 번	\$50.00/1달에 한 번
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____

파트 5. 서명 및 사회보장번호의 마지막 네 자리 숫자(반드시 성인이 서명해야 함)

반드시 가구 내 성인 구성원이 신청서에 서명해야 합니다. **파트 4를 작성한 경우, 양식에 서명하는 성인은 자신의 사회보장번호 마지막 네 자리 숫자도 기입하거나 “사회보장번호가 없음” 상자에 표시해야 합니다.** (이 페이지 뒷면의 성명서를 참고하십시오.)

본인은 이 신청서에 기입된 정보가 모두 사실이며 모든 소득도 기입되었다는 것을 확인(약속)합니다. 본인은 학교 당국이 본인이 제출한 정보를 근거로 연방기금을 받을 것임을 이해합니다. 본인은 학교 관계자가 이 정보를 확인(검증)할 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 의도적으로 허위정보를 제공할 경우, 본인의 자녀가 급식 혜택을 상실할 수 있으며 본인이 기소될 수 있다는 점도 이해합니다.

이곳에 서명: _____ 인쇄체 성명: _____

일자: _____

주소: _____ 전화번호: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

사회보장번호 마지막 네 자리 숫자: ***-**-____ □사회보장번호가 없음

파트 6. 아동의 인종 및 민족 정체성 (옵션)

한 가지 인종 선택:

히스패닉/라틴 아메리카계

비히스패닉/라틴 아메리카계

한 가지 또는 그 이상 민족 정체성 선택:

아시아계

미국 인디언 또는 알래스카 원주민

흑인 또는 아프리카계 미국인

백인

하와이 원주민 또는 기타 태평양 제도인

이 부분은 기입하지 마십시오. 학교 당국 전용입니다.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year; Household size: _____

Categorical Eligibility:

Eligibility: Free Reduced Denied

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

귀하의 가구 소득이 규정된 소득한계 이하인 경우, 귀하의 자녀는 무상 또는 할인가격 급식 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 규정된 소득한계는 다음 웹사이트에서 찾아볼 수 있습니다.

<http://www.fns.usda.gov/cnd/governance/notices/iegs/RPieg.pdf>

Richard B. Russell 전국학교급식법(National School Lunch Act)은 본 신청서에 기입해야 하는 정보를 요구합니다. 귀하는 반드시 해당 정보를 제공해야 하는 것은 아니지만 그렇지 않을 경우 저희는 귀하의 자녀에 대한 무상 또는 할인가격 급식을 승인할 수 없습니다. 귀하는 반드시 이 신청서에 서명하는 성인의 사회보장번호 마지막 네 자리 숫자를 기입해야 합니다. 귀하가 위탁아동을 대신해서 신청하거나 보조영양 지원 프로그램(SNAP), 빈곤가구 임시지원(TANF) 프로그램 또는 인디언 보호지역 식품분배 프로그램(FDPIR) 케이스 번호 또는 귀하의 자녀의 기타 FDPIR 식별번호를 기입하거나 이 신청서에 서명하는 성인이 사회보장번호가 없다고 표시하는 경우, 사회보장번호의 마지막 네 자리 숫자를 기입하지 않아도 됩니다. 저희는 귀하의 자녀가 무상 또는 할인가격 급식혜택을 받을 자격이 있는지 결정하기 위해, 그리고 행정 및 급식 프로그램 실행에 귀하가 제공한 정보를 이용할 것입니다. 저희는 또한 귀하가 제공한 정보를 교육, 건강 및 영양 프로그램 담당기관과 공유하여 해당 프로그램 평가, 기금 조성 또는 혜택 결정을 지원하거나, 감사인의 해당 프로그램 검토, 법집행 관계자가 프로그램 규정 위반사례를 조사하는 데 협력할 수 있습니다.

무차별 성명서: 본 성명서는 귀하가 공정한 대우를 받지 못했다고 판단하는 경우 대처하는 방법에 대해 설명합니다. “미연방법 및 미국 농무부의 방침에 따라, 본 기관은 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 연령 또는 장애여부를 근거로 한 차별을 금지합니다. 차별에 관한 불만사항을 제기하려면 USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410번으로 서신을 보내거나 무료전화 (866) 632-9992(음성녹음)번으로 연락하십시오. 청각장애인 또는 언어장애인은 전화번호 (800) 877-8339 또는 (800) 845-6136 (스페인어), ‘연방중계국’(Federal Relay Service)을 통해 USDA로 연락할 수 있습니다. USDA는 균등기회 제공자 및 고용주입니다.”

MEDICAID/SCHIP와 정보 공유

학부모/후견인께:

귀하의 자녀가 무상 또는 할인가격 급식 혜택을 받는 경우, 그들은 Medicaid나 주 아동 건강보험 프로그램(SCHIP)을 통해 저렴한 비용으로 건강보험에 가입할 수도 있습니다. 건강보험이 있는 아동들은 정기 건강 검진을 더 자주 받을 수 있기 때문에 병으로 인해 학교 수업에 결석할 가능성이 줄어듭니다.

건강보험은 아동의 복지에 매우 중요하기 때문에, 귀하가 저희에게 반대 의사를 알리지 않는 경우 저희는 법에 따라 Medicaid 및 SCHIP에 귀하의 자녀가 무상 또는 할인가격 급식 혜택을 받을 자격이 있다는 점을 통보할 수 있습니다. Medicaid와 SCHIP는 해당 프로그램에 가입자격이 있는 아동을 확인하는 데에만 이러한 정보를 사용합니다. 프로그램 관계자는 귀하에게 연락하여 자녀를 프로그램에 등록시키도록 제안할 수 있습니다. 무상 및 할인가격 학교 급식 신청서를 작성하더라도 건강보험에 귀하의 자녀를 자동적으로 등록시키는 것은 아닙니다.

저희가 Medicaid 또는 SCHIP와 귀하의 정보를 공유하지 않기를 원하는 경우, 아래 양식을 작성한 후 제출하십시오. (이 양식을 제출하더라도 귀하의 자녀의 무상 또는 할인가격 급식 수혜자격에는 변동이 없습니다.)

아니요! 나는 내가 무상 및 할인가격 학교 급식 신청서에 제공한 정보를 Medicaid 또는 주 아동건강보험 프로그램과 공유하는 것을 원하지 않습니다.

'아니요'에 표시한 경우, 귀하가 다음 아동에 대해 제공한 정보가 공유되지 않도록 보장할 수 있도록 아래 양식을 기입하십시오.

아동의 성명: _____ 학교: _____

학부모/후견인 서명: _____ 일자: _____

인쇄체 성명: _____

주소: _____

추가정보는 귀하 자녀의 학교로 연락하십시오.
