CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

PORMULARYO NG NARARAPAT NA KITA PARA SA BENEPISYO NG PAGKAIN

Tuntunin para sa Child and Adult Care Food Program Centers,
Sponsoring Organizations and Family Day Care Home Providers

Ang paketeng ito ay naglalaman ng mga modelong pormularyo:

Mahalagang impormasyon na *kailangang* ibigay sa mga sambahayan at day care home providers:

- Liham sa mga Sambahayan : Child Day Care and Tier II Providers at Adult Day Care
- Liham sa Tier I at Family Day Care Home Providers
- Pormularyo ng Nararapat na Kita Para sa Benepisyo ng Pagkain: Child Day Care at Adtult Day Care (may kasamang Tuntunin)

Paunawa: Hindi kailangang gamitin ng mga Estado ang mga nakalakip na modelo, ngunit kailangan siguraduhing ibigay ang impormasyon.

Pagpapatunay ng materyales tungkol sa impormasyong tumutukoy sa karapatan:

- Paunawa sa Pagpili ng Pagpapatunay ng Karapatan (Programa ng Pagpe-presyo lamang): Child Day Care at Adult Day Care
- Liham ng Resulta ng Pagpapatunay (Programa ng Pagpe-presyo lamang): Child Day Care at Adult Day Care

Hindi mahalagang materyales na may kaugnayan sa aplikasyon na *maaaring* ibigay sa mga sambahayan:

- Pagbabahagi ng Impormasyon Sa Medicaid at SCHIP

Ang mga pahinang ito ay idinisenyong i-print sa papel na 8½" by 11". Ang ibang pahina ay maaaring i-print sa harap at likod. Ang mga **[bold, bracketed fields]** ay tumutukoy sa kung saan ninyo kailangang ilagay ang tiyak na impormasyon ng kung sinong kailangang tawagan para sa karagdagang tulong at saan kailangang i-sumite ang nakumpletong pormularyo. Kailangan ninyong ipasok ang pangalan ng inyong Estado sa Temporary Assistance to Needy Families (TANF), o ng State Children's Health Insurance Program (SCHIP), at/o, kung nararapat, ang Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR).

Ang pakete ng modelong ito ay may kasamang impormasyon tungkol sa hindi pagsali ng housing allowance para doon sa mga nasasakop ng Military Housing Privatization Initiative at programa ng pagpe-presyo. Kung ang mga bahaging ito ay hindi mahalaga, maaari ninyon itong alisin.

Maaaring hilingin ng inyong ahensiya ng Estado na isumite ang inyong pakete upang ma-apruba. Kung kayo'y may mga katanungan, tumawag lamang sa:

[State agency Address]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Mahal naming Magulang/Tagapangalaga:

Ang liham na ito'y tumutukoy sa mga magulang o tagapangalaga ng mga batang naka-enrol sa isang child care center. **[Name of Center]** ay nagbibigay sa mga naka-enrol na bata ng mga masususstansiyang pagkain bilang aming pakikilahok sa U.S. Department of Agriculture's (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP). Ang CACFP ang siyang magsasauli ng binayaran sa mga pagkain at meriendang masustansiya na isinisilbi sa mga batang naka-enrol sa child care. Maaari po lamang ninyo kaming tulungan sa pagsunod sa mga hinihiling ng CACFP sa pamamagitan ng pagkumpleto ng nakakabit na Meal Benefit Income Eligibility Form. Karagdagan dito, sa pagpuno ng pormularyong ito, maaari naming matunton king ang inyon (mga) anak ay karapat-dapat makatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain.

1. Kailangan ko bang magkumpleto ng Meal Benefit Form para sa bawat bata sa day care? Maaari kayong magkumpleto at magsumimte ng isang CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form para sa lahat ng bata sa inyong sambahayan na naka-enrol sa child care kung ang mga bata sa child care ay naka-enrol sa iisang center **lamang.** Hindi naming maaaring i-apruba ang pormularyong hindi kumpleto, kaya't siguraduhin ninyong basahin nang mabuti ang tuntunin at punan ang lahat ng hinihinging impormasyon. **Ibalik ang kinumpletong pormularyo sa: [(Name of Center, Adres, phone number].**

2. Sinong maaaring makatanggap ng libreng pagkain ng hindi nagbibigay ng impormasyon tungkol sa kita? Ang mga bata sa sambahayan na nakatatanggap ng benepisyo ng Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (dating tinatawag na Food Stamps), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ay maaaring makatanggap ng libreng pagkain. Ang mga "Foster children" at mga batang naka-enrol sa Head Start ay maaari ding makatanggap ng libreng pagkain. Ang mga bata sa mga sabahayang nakikilahok sa WIC ay maaari ding makatanggap ng libreng pagkain.

3. Sino ang maaaring makatanggap ng idiniskuwentong halaga ng pagkain? Ang inyong mga anak ay maaaring makatanggap ng pagkaing mababang presyo kung ang kita ng inyong sambahayan ay nasa loob ng limitasyon sa Pederal na Tala ng Kita o Federal Income Chart, na ipinapakita sa aplikasyong ito. Ang mga bata sa sambahayan na nakikilahok WIC ay maaaring maging karapat-dapat makatanggp ng idiniskuwentong halaga ng pagkain.

4. Maaari ba akong magpuno ng pormularyo kung mayroon nang tao sa aking sambahayan ay hindi U.S. citizen? Oo. Kayo at ang inyong mga anak ay hindi kinakailangang maging U.S. citizen upang makatanggap ng mga benipisyo ng pagkain na iniaalok sa child care center.

5. Sinong kailangan kong isali bilang kasapi ng aking sambahayan? Kailangan ninyong isali ang lahat ng kasama ninyo sa sambahayan (tulad ng mga lolo't lola, mga ibang kamag-anak, o mga kaibigang nakatira sa inyo) na nakikibahagi sa kita at gustusin. Kailangan ninyong isama ang sarili ninyo at lahat ng mga batang nakatira sa inyo. Maaari din ninyong isali ang mga "foster children" na nakatira sa inyo.

6. Paano ako magbibigay ng ulat ng impormasyon tungkol sa kita at pagbabago sa estado ng pagtatrabaho? Kailangan ninyong iulat ang kalakhang kita na nakalista ayon sa pinagmulan para sa bawat kasapi ng samabhayan na natanggap sa nakaraan buwan. Kung ang kita ninyo sa nakaraang buwan ay hindi eksaktong nagpapahiwatig ng inyong katayuan, maaari kayong magbigay ng pangangatawan ng inyong buwanang kita. Kung hindi malaking pagbabago ang nangyari, maaari ninyong gamitin ang huling buwan ng kita bilang batayan upang gawin ang pagtatantsa nito. Kung ang kita ng inyong sambahayan ay kapareho o mas mababa sa mga halagang nakalahad sa nakakabit ng Tala ng mga Kita, ang center ay makatatanggap ng mas malaking kabayaran. Matapos maapruba nang maayos para sa benepisyo ng libre o idiniskuwentong halaga, sa pamamagitan ng kita o sa pagbigay ng kasalukuyang case number ng SNAP, TANF, FDPIR, kayo'y mananatiling karapat-dapat tumanggap ng mga benepisyong iyon nang 12 buwan. Ngunit kailang ninyong magbigay-alam sa amin, kung ang isang tao sa inyong sambahayan ay mawalan ng trabaho at dahil sa kawalan ng kita'y pumasok ang pamsambahayang kita ninyo sa antas na kinakailangan upang magkaroon ng karapatan.

7. Paano kung ang aking kita ay hindi laging pare-pareho? Ilista ang halagang kadalasan ninyo matanggap. Halimbawa, kung kayo'y madalas makatanggap ng $1000 kada buwan, ngunit hindi kayo nakapasok ng ilang oras sa nakaraang buwan at $900 lang ang inyong natanggap, ilagay ninyo na nakatatanggap kayo ng $1000 bawat buwan. Kung kadalasa'y nakatatanggap kayo ng overtime, isama ito, Ngunit huwag ilagay kung minsanan lang ito natatanggap.

8. Paano kung mayroon akong mga "foster children?" Ang mga "foster children" na nasa ilalim ng ligal na responsibilidad ng isang ahensiya ng foster care o ng korte ay karapat-dapat makatanggap ng libreng pagkain. Sinumang "foster child" sa sambahayan ay may karapatang makatanggap ng libreng pagkain sa kahit anuman ang kita. Maaaring isama ng mga sambahayan ang "foster children" sa Meal Benefit Form, ngunit hindi kailangan isama ang anumang kabayaran sa "foster child" bilang kita. Ang mga sambahayang nagnanais mag-aplay ng ganoong benepisyo para sa mga "foster children" ay maaaring tumawag lamang sa **[name, address, phone number].**

9. Kami ay nasa militar, kailangan bang isama an gaming housing at supplemental allowance bilang kita? Kung ang inyong pabahay ay bahagi ng Military Housing Privatization Initiative at nakatatanggap kayo ng Family Subsistence Supplemental Allowance, huwag ninyo isama ang mga allowance na ito bilang kita. Karagdagan nito, para sa mga sundalong ipinadala sa gera, ang bahagi lamang ng kita ng sundalong ipinadala sa gera na maaaring matanggap ng sambahayan ay napapabilang sa kita ng sambahayan. Ang Combat Pay, kasama na ang Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) ay hindi rin isinasali at hindi napapabilang sa kita ng sambahayan. Lahat ng ibang allowance ay kailangang isama sa inyong pagkalahatang suweldo.

10. *(Pricing program only)* Patutunayan ba ang mga impormasyong aking ibinigay? Maaari. naming kayong hingan ng nakasulat na katunayan upang ipagpatunayang impormasyong inyong ibinigay sa promularyo.

11. Paano kung hindi ako sumasang-ayon sa desisiyon tungkol sa impormasyong ibinigay ninyo sa pormularyong ito? Kailangan ninyong kausapin ang **[Center or Sponsoring Organization]**.

Sa pagpapatakbo ng mga programang itinatag sa pagpapakain ng mga bata, walang sinuman ang tatratuhin ng may kinikilingan nang dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, o kapansanan.

Kung mayroon kayong ibang mga katanungan o kinakailangan ninyo ng tulong, tumawag lamang sa **[phone number].**

Tapat sa inyo,

[signature]

[Insert Sponsoring Organization Letterhead]

Mahal naming Magulang/Tagapangalaga:

Ang liham na ito'y para sa mga magulang o tagapangalaga ng mga batang naka-enrol sa isang family day care home. **[Name of day care home]** ay nagbibigay ng mga masusutansiyang pagkain sa lahat ng mga batang naka-enrol bilang aming participasyon sa U.S. Department of Agriculture's (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP). Ang CACFP ay nagbibigay ng kabayaran para sa mga ginastos sa masustansiyang pagkain at meriendang isinisilbi sa mga batang naka-enrol sa child care. Maaari lang po sanang ninyo kaming tulungan upang makasunod sa mga kinakailangan ng CACFP sa pamamagitan ng pagkumpleto ng nakakabit na Meal Benefit Income Eligibility Form.

1. Ako ba'y kailangang kumumpleto ng isang Meal Benefit Income Eligibility Form upang makatanggap ng Benepisyo ng CACFP ang aking (mga) anak? Hindi, ngunit kung nais ninyo, ang inyong tagapagbigay benepisyo ay maaaring makatanggap ng mas mataas na kabayaran para sa mga pagkaing isinisilbi sa inyong anak. Kung kumpletuhin ninyo ang pormularyo, maaari ninyong ibalik ng direkta sa inyong Tagapagbigay-serbisyo o sa Sponsor ng inyong Tagapagbigay-serbisyo, **[Sponsor's Name]**. Kung nais ninyong ibigay ang inyong pormularyo ng direkta s sponsor, ibalik ang nakumpletong pormularyo sa: **[(Sponsor) at name, address, phone number].**

> ___ Ilagay dito ang inyong mga inisiyal kung kayo'y pumapayagna kolektahin ng [**Provider's Name]** at ibigay ito sa Sponsor. Hindi rerepasuhin ng **[Provider's Name]** ang inyong pormularyo.

2. Kailangan ko bang kumpletuhin ang isang Meal Benefit Form para sa bawat isang anak ko na nasa day care? Maaari ninyong kumpletuhin at isumite ang isang CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form para sa lahat ng mga batang naka-enrol sa child care sa inyong sambahayan **kung** ang mga bata sa child care ay naka-enrol sa iisang care home. Hindi naming maaaring aprubahan ang isang pormularyong hindi kumpleto, kaya't siguraduhin ninyong basahin nang mabuti ang mga tuntunin at punan ang lahat ng hinhinging impormasyon.

3. Sino ang nararapat makatanggap ng mas malaking kabayaran sa ginastos na hindi nagbibigay ng impormasyon tungkol sa kita? Ang inyong Tagapagbigay-serbisyo para sa mga pagkaing inihain sa mga "foster children" at mga batang nakatira sa mga sambahayang nakatatanggap ng benepisyo ng Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (dating tinatawag na Food Stamps), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Ang mga batang nasa mga sambahayang nakikilahok sa WIC ay maaaari ding magkaroon ng karapatan makatanggap ng mas malaking kabayaran sa ginastos.

4. Sinong maaaring magkaroon ng karapatang makatanggap ng mas malaking kabayarang base sa kita? Ang inyong Tagapagbigay-serbisyo ay maaaring makatanggap ng mas malaking kabayaran para sa mga pagkaing inihain sa inyong mga anak kung ang kita ng inyong sambahayan ay nasasakop sa limitasyon ng idiniskuwentong halagang isinasaad sa Federal Income Chart, na ipinapakita sa aplikasyong ito. Ang mga bata sa mga sambahayang nakikilahok sa WIC ay maaaaring maging karapat-dapat tumanggap ng mas malaking kabayaran sa ginastos..

5. Maaari ba akong magpuno ng pormularyo kung mayroon nang tao sa aking sambahayan ay hindi U.S. citizen? Oo. Kayo at ang inyong mga anak ay hindi kinakailangang maging U.S. citizen upang makatanggap ng mga benipisyo ng pagkain na iniaalok sa child care center.

6. Sinong kailangan kong isali bilang kasapi ng aking sambahayan? Kailangan ninyong isali ang lahat ng kasama ninyo sa sambahayan (tulad ng mga lolo't lola, mga ibang kamag-anak, o mga kaibigang nakatira sa inyo) na nakikibahagi sa kita at gustusin. Kailangan ninyong isama ang sarili ninyo at lahat ng mga batang nakatira sa inyo. Maaari din ninyong isali ang mga "foster children" na nakatira sa inyo.

7. Paano ako magbibigay ng ulat ng impormasyon tungkol sa kita at pagbabago sa estado ng pagtatrabaho? Kailangan ninyong iulat ang kalakhang kita na nakalista ayon sa pinagmulan para sa bawat kasapi ng samabhayan na natanggap sa nakaraan buwan. Kung ang kita ninyo sa nakaraang buwan ay hindi eksaktong nagpapahiwatig ng inyong katayuan, maaari kayong magbigay ng pangangatawan ng inyong buwanang kita. Kung hindi malaking pagbabago ang nangyari, maaari ninyong gamitin ang huling buwan ng kita bilang batayan upang gawin ang pagtatantsa nito. Kung ang kita ng inyong sambahayan ay kapareho o mas mababa sa mga halagang nakalahad sa nakakabit ng Tala ng mga Kita, ang center ay makatatanggap ng mas malaking kabayaran Matapos maapruba nang maayos para sa benepisyo ng libre o idiniskuwentong halaga, sa pamamagitan ng kita o sa pagbigay ng kasalukuyang case number ng SNAP, TANF, FDPIR, kayo'y mananatiling karapat-dapat tumanggap ng mga benepisyong iyon nang 12 buwan. Ngunit kailang ninyong magbigay-alam sa amin, kung ang isang tao sa inyong sambahayan ay mawalan ng trabaho at dahil sa kawalan ng kita'y pumasok ang pamsambahayang kita ninyo sa antas na kinakailangan upang magkaroon ng karapatan.

8. Paano kung ang aking kita ay hindi laging pare-pareho? Ilista ang halagang kadalasan ninyo matanggap. Halimbawa, kung kayo'y madalas makatanggap ng $1000 kada buwan, ngunit hindi kayo nakapasok ng ilang oras sa nakaraang buwan at $900 lang ang inyong natanggap, ilagay ninyo na nakatatanggap kayo ng $1000 bawat buwan. Kung kadalasa'y nakatatanggap kayo ng overtime, isama ito, Ngunit huwag ilagay kung minsanan lang ito natatanggap.

9. Paano kung mayroon akong mga "foster children?" Ang mga "foster children" na nasa ilalim ng ligal na responsibilidad ng isang ahensiya ng foster care o ng korte ay karapat-dapat makatanggap ng libreng pagkain. Sinumang "foster child" sa sambahayan ay may karapatang makatanggap ng libreng pagkain sa kahit anuman ang kita. Maaaring isama ng mga sambahayan ang "foster children" sa Meal Benefit Form, ngunit hindi kailangan isama ang anumang kabayaran sa "foster child" bilang kita. Ang mga sambahayang nagnanais mag-aplay ng ganoong benepisyo para sa mga "foster children" ay maaaring tumawag lamang sa **[name, address, phone number].**

10. Kami ay nasa militar, kailangan bang isama an gaming housing at supplemental allowance bilang kita? Kung ang inyong pabahay ay bahagi ng Military Housing Privatization Initiative at nakatatanggap kayo ng Family Subsistence Supplemental Allowance, huwag ninyo isama ang mga allowance na ito bilang kita. Karagdagan nito, para sa mga sundalong ipinadala sa gera, ang bahagi lamang ng kita ng sundalong ipinadala sa gera na maaaring matanggap ng sambahayan ay napapabilang sa kita ng sambahayan. Ang Combat Pay, kasama na ang Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) ay hindi rin isinasali at hindi napapabilang sa kita ng sambahayan. Lahat ng ibang allowance ay kailangang isama sa inyong pagkalahatang suweldo.

Sa pagpapatakbo ng mga programang itinatag sa pagpapakain ng mga bata, walang sinuman ang tatratuhin ng may kinikilingan nang dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, o kapansanan.

Kung mayroon kayong ibang mga katanungan o kinakailangan ninyo ng tulong, tumawag lamang sa **[phone number].**

Tapat sa inyo,

[signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Mahal naming Magulang/Tagapangalaga:

Ang CACFP ay nagbibigay ng kabayaran sa mga pasilidad ng adult day care na nagbibigay ng maayos at masusing serbisyo sa mga di-residentend may hustong gulang na may kapansanan, o nasa edad na 60 o higit pa. Sa pamamagitan ng pagkumpleto ng nakalakip na Meal Benefit Income Eligibility Form, ang mga centers ay maaaring makatanggap ng kabayaran, base sa bilang ng mga naka-enrol na kalahok na karapat-dapat makatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain.

1. Kailangan ko bang magkumpleto ng isang Meal Benefit Form para sa bawat taong may hustong gulang sa day care? Maaari ninyon kumpletuhin at isumite and isang CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form para sa mga may hustong gulang nan aka-enrol sa day care sa inyong sambahayan **kung** naka-enrol lang sila sa parehong center. Hindi naming maaaring iapruba ang pormularyo na hindi kumpleto, kaya't siguraduhin ninyong basahin nang mabuti at punan ang lahat ng hinihiling na impormasyon. **Ibalik ang kinumpletong pormularyo sa: [(Center) at name, Adres, phone number].**

2. Sino ang maaaring makatanggap ng libreng pagkain? Ang mga hustong gulang sa mga sambahayan na nakatatanggap ng Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (dating tinatawag na Food Stamp), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), Supplemental Security Income (SSI) o benepisyo ng Medicaid ay maaaring makatanggap ng libreng pagkain. Ang mga may hustong gulang na nakikilahok sa WIC ay maaaring makatanggap ng libreng pagkain.

3. Sinong maaaring makatanggap ng idiniskuwentong pagkain? Ang mga may hustong gulang ay maaaring makatanggap ng mababang halaga ng pagkain kung ang inyong kita ng sambahayan ay napapaloob sa limitasyon na isinasaad sa Federal Income Chart, na ipinapakita sa aplikasyong ito. Ang mga may hustong gulang sa sambahayan na nakikilahok sa WIC ay maaaring maging karapatdapat tumanggap ng idiniskuwentong pagkain.

4. Maaari ba akong magpuno ng pormularyo kung mayroon nang tao sa aking sambahayan ay hindi U.S. citizen? Oo. Kayo at ang may hustong gulang na nasa inyong pangangalaga ay hindi kinakailangang maging U.S. citizen upang makatanggap ng mga benipisyo ng pagkain na iniaalok sa center.

5. Sinong kailangan kong isali bilang kasapi ng aking sambahayan? Ang kailangan lamang isama ay ang may hustong gulang ng nasa inyong pag-aalaga, ang kaniyang asawa, at mga umaasa sa kaniya na nakikibahagi sa kita at gastusin.

6. Paano ako magbibigay ng ulat ng impormasyon tungkol sa kita at pagbabago sa estado ng pagtatrabaho? Kailangan ninyong iulat ang kalakhang kita na nakalista ayon sa pinagmulan para sa bawat kasapi ng samabhayan na natanggap sa nakaraan buwan. Kung ang kita ninyo sa nakaraang buwan ay hindi eksaktong nagpapahiwatig ng inyong katayuan, maaari kayong magbigay ng pangangatawan ng inyong buwanang kita. Kung hindi malaking pagbabago ang nangyari, maaari ninyong gamitin ang huling buwan ng kita bilang batayan upang gawin ang pagtatantsa nito. Kung ang kita ng inyong sambahayan ay kapareho o mas mababa sa mga halagang nakalahad sa nakakabit ng Tala ng mga Kita, ang center ay makatatanggap ng mas malaking kabayaran Matapos maapruba nang maayos para sa benepisyo ng libre o idiniskuwentong halaga, sa pamamagitan ng kita o sa pagbigay ng kasalukuyang case number ng SNAP, TANF, FDPIR, kayo'y mananatiling karapat-dapat tumanggap ng mga benepisyong iyon nang 12 buwan. Ngunit kailang ninyong magbigay-alam sa amin, kung ang isang tao sa inyong sambahayan ay mawalan ng trabaho at dahil sa kawalan ng kita'y pumasok ang pamsambahayang kita ninyo sa antas na kinakailangan upang magkaroon ng karapatan.

7. Paano kung ang aking kita ay hindi laging pare-pareho? Ilista ang halagang kadalasan ninyo matanggap. Halimbawa, kung kayo'y madalas makatanggap ng $1000 kada buwan, ngunit hindi kayo nakapasok ng ilang oras sa nakaraang buwan at $900 lang ang inyong natanggap, ilagay ninyo na nakatatanggap kayo ng $1000 bawat buwan. Kung kadalasa'y nakatatanggap kayo ng overtime, isama ito, Ngunit huwag ilagay kung minsanan lang ito natatanggap.

8. Kami ay nasa militar, kailangan bang isama an gaming housing at supplemental allowance bilang kita? Kung ang inyong pabahay ay bahagi ng Military Housing Privatization Initiative at nakatatanggap kayo ng Family Subsistence Supplemental Allowance, huwag ninyo isama ang mga allowance na ito bilang kita. Karagdagan nito, para sa mga sundalong ipinadala sa gera, ang bahagi lamang ng kita ng sundalong ipinadala sa gera na maaaring matanggap ng sambahayan ay napapabilang sa kita ng sambahayan. Ang Combat Pay, kasama na ang Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) ay hindi rin isinasali at hindi napapabilang sa kita ng sambahayan. Lahat ng ibang allowance ay kailangang isama sa inyong pagkalahatang suweldo.

9. *(Pricing program only)* Patutunayan ba ang mga impormasyong aking ibinigay? Maaari. naming kayong hingan ng nakasulat na katunayan upang ipagpatunayang impormasyong inyong ibinigay sa promularyo.

10. Paano kung hindi ako sumasang-ayon sa desisiyon tungkol sa impormasyong ibinigay ninyo sa pormularyong ito? Kailangan ninyong kausapin ang **[Center or Sponsoring Organization]**. Maaari kayong humingo ng pagdinig sa pamamagitan ng pagtawag o pagliham sa: **[name, address, phone number].**

Sa pamamalakad ng CACFP, walang sinuman ang tatratuhin ng may kinikilingan nang dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, o kapansanan.

Kung mayroon kayong ibang mga katanungan o kinakailangan ninyo ng tulong, tumawag lamang sa **[phone number].**

Tapat sa inyo,

[signature]

[Insert Sponsor Letterhead]

Mahal naming Tagapagbigay-serbisyo:

Upang maging karapat-dapt tumanggap ng kabayarang Tier I, o kung nais ninyong makatanggap ng kabayaran para sa mga pagkaing inihain sa inyong mga anak sa ilalim ng U.S. Department of Agriculture's Child and Adult Care Food Program (CACFP), kailangan ninyong kumpletuhin, lagdaan, at ibalik sa amin ang nakalakip na Meal Benefit Income Eligibility Form.

1. Paano ako maging karapat-dapat tumanggap ng kabayaran para sa pagkaing inihain sa mga batang naka-enrol sa aking tahananan? Kayo'y kailangang (a) nakatira sa lugar na karapat-dapat base sa pangangailangang ekonomiko na siyang itinukoy ng enrolment ng paaralan o ng datos ng census, o (b) magtatag ng pangangailangana ekonomiko sa pamamagitan ng impormasyong binigay sa nakalakip na Meal Benefit Income Eligibility Form.

2. Sinong nagpapasiya ng aking karapatan bilang Tier I day care home? An gaming tanggapan ang siyang magpapasiya ng inyong estado ng karapatan. Gagamitin naming ang impormasyong inyong ibinigay sa Meal Benefit Form. Siguraduhing kumpletuhin ninyo at lagdaan ang promularyo; iulat ang lahat ng kita ng sambahayan (hindi lang ang inyong kita sa family day care home business); at ibigay ang angkop na tala ng inyong kita. **Ibalik ang mga kumpletong pormularyo at iba pang dokumento sa: [at name, address, phone number].**

3. Anong uri ng mga tala ang kailangan kong isumite kasama ng aking Meal Benefit Form? Kung kayo'y nagpalakad ng family day care home business noong nakaraang taon, isama ang koopya ng inyong pinakabagong tax return, kasama ang Schedule C , kung ang inyong pinakabagong recent tax return at Schedule C ay hindi na nagpapahiwatig ng inyong kita, maaari kayong magsumite ng karagdagang dokumentasyon ng inyong kasalukuyang kita at gastusin. Upang magawa ito, ilakip ang mga pahayag ng kita para sa trabaho at iba pang uri ng kita. Ang mga dokumentong inyong ipadadala'y kailangang nagpapakita ng pangalan ng taong nakatanggap ng kabayaran, ang petsa kung kalian ito natanggap, magkano ang natanggap, at kung papaano ito tinanggap.

4. Paano ako maaaring makatanggap ng kabayaran para sa mga pagkaing inihain sa aking mga anak? Hiniling sa inyo ng batas na kumpletuhin ang pormularyong ito kung nais ninyong singilin ang mga pagkaing inihain sa inyong mga anak. Kahit na kayo'y nakatira sa lugar na itukoy na isa sa mga may pangangailangang ekonomiko, o kayo'y napagpasiyahan nang bilang isang tier I home, kailangan ninyong kumpletuhin ang pormularyong ito. Ang aming tanggapan ay maaaring ipagpatunay ang impormasyon ng kitang inyong ibinigay.

5. Kung hindi ako nakatira sa lugar na may pangangailangang ekonomiko o ayaw kong magsumite ang Meal Benefit Form, ano pa ang iba kong maaaring gawin para makatanggap ng kabayaran? Kayo'y makatatanggap ng mas mababang antas ng kabayaran para sa mga pagkaing inihain sa mga batang naka-enrol sa inyong family day care home.

6. Papatunayan ba ang mga impormasyong aking ibibigay? Maaari. Hinihiling naming na magpadala kayo ng katunayanng nakasulat upang mapatunayan ang impormasyong inyong ibinigay sa pormularyo. **Paano kung hindi ako sang-ayon sa desisyon tungkol sa impormasyong ibinigay ko sa pormularyong ito?** Kailangan ninyong makipag-usap sa inyong sponsoring organization.

7. Sino ang kailangan kong isama bilang kasapi ng aking sambahayan? Kailangan ninyon isama ang lahat ng tao sa inyong sambahayan (tulad ng mga lolo at lola, mga ibang kamag-anak, o mga kaibigang nakatira sa inyo) na nakikibahagi sa kita at gastusin.Kailangan ninyong isali ang inyong sarili at ang lahat ng mga batang nakatira sa inyo.

8. Paano ako magbibigay ng ulat ng impormasyon tungkol sa kita at pagbabago sa estado ng pagtatrabaho? Kailangan ninyong iulat ang kalakhang kita na nakalista ayon sa pinagmulan para sa bawat kasapi ng samabhayan na natanggap sa nakaraan buwan. Kung ang kita ninyo sa nakaraang buwan ay hindi eksaktong nagpapahiwatig ng inyong katayuan, maaari kayong magbigay ng pangangatawan ng inyong buwanang kita. Kung hindi malaking pagbabago ang nangyari, maaari ninyong gamitin ang huling buwan ng kita bilang batayan upang gawin ang pagtatantsa nito. Kung ang kita ng inyong sambahayan ay kapareho o mas mababa sa mga halagang nakalahad sa nakakabit ng Tala ng mga Kita, ang center ay makatatanggap ng mas malaking kabayaran Matapos maapruba nang maayos para sa benepisyo ng libre o idiniskuwentong halaga, sa pamamagitan ng kita o sa pagbigay ng kasalukuyang case number ng SNAP, TANF, FDPIR, kayo'y mananatiling karapat-dapat tumanggap ng mga benepisyong iyon nang 12 buwan. Ngunit kailang ninyong magbigay-alam sa amin, kung ang isang tao sa inyong sambahayan ay mawalan ng trabaho at dahil sa kawalan ng kita'y pumasok ang pamsambahayang kita ninyo sa antas na kinakailangan upang magkaroon ng karapatan.

9. Maaari ko bang punan ang pormularyo kung mayroong tao sa aking sambahayan ay hindi U.S. citizen? Oo. Ikaw at ang inyong mga anak ay di kinakailangang maging U.S. citizens.

10. Paano kung mayroon akong mga "foster children?" Ang mga "foster children" ay karapat-dapat makatanggap ng libreng pagkain anuman ang kanilang personal na kita o kita ng sambahayang kanilang tinitirhan. Ang mga samabhayan na nagnanais mag-aplay ng mga benepisyo para sa mga "foster children" ay kailangang tumawag sa **[name, address, phone number]**. Sa karagdagan nito, and mga "foster children" ay maaaring isama bilang kasapi ng samabhayan upang matukoy ang karapatan ng ibang mga bata sa sambahayan para sa libre at idiniskuwentong pagkain.

11. Kami ay nasa militar, kailangan bang isama an gaming housing at supplemental allowance bilang kita? Kung ang inyong pabahay ay bahagi ng Military Housing Privatization Initiative at nakatatanggap kayo ng Family Subsistence Supplemental Allowance, huwag ninyo isama ang mga allowance na ito bilang kita. Karagdagan nito, para sa mga sundalong ipinadala sa gera, ang bahagi lamang ng kita ng sundalong ipinadala sa gera na maaaring matanggap ng sambahayan ay napapabilang sa kita ng sambahayan. Ang Combat Pay, kasama na ang Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) ay hindi rin isinasali at hindi napapabilang sa kita ng sambahayan. Lahat ng ibang allowance ay kailangang isama sa inyong pagkalahatang suweldo.

Sa pamamalakad ng CACFP, walang sinuman ang tatratuhin ng may kinikilingan nang dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, o kapansanan.

Kung mayroon kayong ibang mga katanungan o kinakailangan ninyo ng tulong, tumawag lamang sa **[phone number].**

Tapat sa inyo,

[signature]

TUNTUNIN SA PAGKUMPLETO NG CACFP
MEAL BENEFIT ELIGIBILITY FORM (Child Care)

Sundan ang mga tuntuning ito kung ang sambahayan ninyo ay nakatatanggap ng SNAP, TANF o FDPIR:

Ika-1 Bahagi: Ilista ang lahat ng mga batang naka-enrol at mga kasapi ng sambahayan.
Ika-2 Bahagi: Ilista ang case number ng sinumang kasapi ng sambahayan (kasama ang mga may hustong gulang) na nakatatanggap [State SNAP] o [State TANF] o [FDPIR] benefits.
Ika-3 Bahagi: Laktawan ang bahaging ito.
Ika-4 Bahagi: Laktawan ang bahaging ito.
Ika-5 Bahagi: Lagdaan ang pormularyo. Ang huling apat na titik ng Numero ng Social Security ay **hindi** kinakailangang ibigay. Lagdaan ang pormularyo.
Ika-6 Bahagi: Sagutan ninyo ang katanungang ito kung nais ninyo.

Kung kayo'y nag-aaplay bilang kinakatawan ng "FOSTER CHILD," sundan ang mga tuntuning ito:

Kung **lahat** ng batang inyong pinag-aaplay ay "foster children," o kayo'y nag-aaplay lamang para sa benepisyo ng "foster child":

Ika-1 Bahagi: Ilista ang lahat ng "foster children" at ang pangalan ng paaralan ng bawat isang bata. Lagyan ng tsek ang kahon na nagpapahiwatig na ang bata ay isang "foster child."
Ika-2 Bahagi: Laktawan ang bahaging ito.
Ika-3 Bahagi: Laktawan ang bahaging ito.
Ika-4 Bahagi: Laktawan ang bahaging ito.
Ika-5 Bahagi: Lagdaan ang pormularyo. Ang huling apat na titik ng Numero ng Social Security ay **hindi** kinakailangan.
Ika-6 Bahagi: Sagutan ninyo ang katanungang ito kung nais ninyo.

Kung ilan lamang sa mga bata sa sambahayan ay "foster children":

Ika-1 Bahagi: Ilista ang lahat ng kasapi sa sambahayan at ang pangalan ng paaralan ng bawat bata. Sa kung sinumang tao, kasama na ang mga bata, na walang kita, kailangan ninyon lagyan ng tsek ang kahon ng "Walang Kita". Lagyan ng tsek ang kahon kung ang bata ay isang "foster child."
Ika-2 Bahagi: Kung walang "case number" ang sambahayan ninyo, laktawan ang bahaging ito.
Ika-3 Bahagi: Kung ang batang inyong pinag-aaplay ay walang tirahan, migrante, o lumayas sa tahanan, lagyan ng tsek ang ankgop na kahon at tumawag sa [your school, homeless liaison, migrant coordinator]. Kung hindi, laktawan ang bahaging ito.
Ika-4 Bahagi: Sundan ang mga tuntuning ito upang iulat ang kalakhang kita ng inyong sambahayan sa kasalukuyang buwan o sa nakaraang buwan.

Hanay A – Pangalan: Ilista lamang ang unang pangalan at apelyido ng **bawat** taong nakatira sa inyong sambahayan na nakikibahagi sa kita at gastusin, mayroon o walang kaugnayan sa inyo (tulad ng lolo at lola, mga iba pang kamag-anak, o ng mga kaibigang nakatira sa inyo (katulad ng mga lolo at lola, ibang mga kamag-anak, o mga kaibigang nakatira sa inyo) na may kinikita. Isama ang inyong sarili at ang lahat ng mga batang nakatira sa inyo. Magdagdag ng isa pang pahina ng papel kung kinakailangan.

Hanay B – Kalakhang kita at Gaano Kadalas ito Natatanggap: Para sa bawat kasapi ng inyong sambahayan, ilista ang uri ng kitang natanggap sa isang buwan.Kailangan ninyong sabihin kung gaano kadalas matanggap ang pera – lingguhan, salitang-linggo, dalawang beses sa isang buwan, o buwanan.

Ika-1 Kahon: Ilista ang **kalakhang kita,** hindi ang haling iniuuwi. Ang kalakhang kita ay ang halaga ng sahod bago tanggalan ng buwis at iba pang binabawas. Makikita ninyo ito sa inyong mga paystub o maaaring sabihin sa inyong ng inyong amo.
Ika-2 Kahon: Ilista ang halagang natanggap ng bawat kasapi sa isang buwan mula sa welfare, child support, alimony.
Ika-3 Kahon: Ilista ang retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's (VA) benefits, at benepisyo sa may kapansanan.
Ika-4 Kahon: Ilista ang LAHAT NG IBANG MGA PINAGMUMULAN NG KITA kasama na ang Worker's Compensation, unemployment, benepisyo ng pagwewelga, regular na kontribusyon mula sa mga taong hindi nakatira sa inyong sambahayan, at anumang ibang kita. Para LAMANG sa mga may sariling negosyo, iulat ang kita matapos ibawas ang mga gastusin Ika-1 Kahon. Ika-4 Kahon ay para sa inyong negosyo, bukid, o pag-aaring pinauupahan. Huwag isama ang kita mula SNAP, FDPIR, WIC o benepisyo ng edukasyong Pederal. Kung kayo'y nasa Military Housing Privatization Initiative o nakatatanggap ng combat pay, huwag ninyo isama itong housing allowance bilang kita.

Ika-5 Bahagi: Ang kasapi ng sambahayang nasa hustong gulang ay kailangang lagdaan ang pormularyo at ilista ang huling apat na titik ng kanilang numero ng Social Security o markahan ang kahong nagsasabi na wala siya nito.

Ika-6 Bahagi: Sagutan ninyo ang katanungang ito kung nais ninyo.

TUNTUNIN SA PAGKUMPLETO NG CACFP
MEAL BENEFIT ELIGIBILITY FORM (Child Care)

LAHAT NG IBANG SAMBAHAYAN, kasama ang mga sambahayang nakikilahok sa WIC sundan ang mga sumusunod na tuntunin:

Ika-1 Bahagi: Ilisat ang lahat ng naka-enrol na bata at mga kasapi ng samabhayan. Sa kung sinumang tao, pati mga bata na walang kita, kailangan ninyo lagyan ng tsek ang "Kahong Walang Kita"
Ika-2 Bahagi: Laktawan ang bahaging ito.
Ika-3 Bahagi: Laktawan ang bahaging ito.

Ika-4 Bahagi: Sundan ang mga tuntuning ito upang iulat ang kalakhang kita ng inyong sambahayan sa kasalukuyang buwan o sa nakaraang buwan.

Hanay A – Pangalan: Ilista lamang ang unang pangalan at apelyido ng **bawat** taong nakatira sa inyong sambahayan na nakikibahagi sa kita at gastusin, mayroon o walang kaugnayan sa inyo (tulad ng lolo at lola, mga iba pang kamag-anak, o ng mga kaibigang nakatira sa inyosuch as grandparents, other relatives, or friends who live with you) na may kinikita. Isama ang inyong sarili at ang lahat ng mga batang nakatiran sa inyo. Magdagdag ng isa pang pahina ng papel kung kinakailangan.

Hanay B – Kalakhang kita at Gaano Kadalas ito Natatanggap: Para sa bawat kasapi ng inyong sambahayan, ilista ang uri ng kitang natanggap sa isang buwan.Kailangan ninyong sabihin kung gaano kadalas matanggap ang pera – lingguhan, salitang-linggo, dalawang beses sa isang buwan, o buwanan.

Ika-1 Kahon: Ilista ang **kalakhang kita,** hindi ang haling iniuuwi. Ang kalakhang kita ay ang halaga ng sahod bago tanggalan ng buwis at iba pang binabawas. Makikita ninyo ito sa inyong mga paystub o maaaring sabihin sa inyong ng inyong amo.
Ika-2 Kahon: Ilista ang halagang natanggap ng bawat kasapi sa isang buwan mula sa welfare, child support, alimony.
Ika-3 Kahon: Ilista ang retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's (VA) benefits, at benepisyo sa may kapansanan.
Ika-4 Kahon: Ilista ang LAHAT NG IBANG MGA PINAGMUMULAN NG KITA kasama na ang Worker's Compensation, unemployment, benepisyo ng pagwewelga, regular na kontribusyon mula sa mga taong hindi nakatira sa inyong sambahayan, at anumang ibang kita. Para LAMANG sa mga may sariling negosyo, iulat ang kita matapos ibawas ang mga gastusin Ika-1 Kahon. Ika-4 Kahon ay para sa inyong negosyo, bukid, o pag-aaring pinauupahan. Huwag isama ang kita mula SNAP, FDPIR, WIC o benepisyo ng edukasyong Pederal. Kung kayo'y nasa Military Housing Privatization Initiative o nakatatanggap ng combat pay, huwag ninyo isama itong housing allowance bilang kita.

Ika-5 Bahagi: Ang kasapi ng sambahayang nasa hustong gulang ay kailangang lagdaan ang pormularyo at ilista ang huling apat na titik ng kanilang numero ng Social Security o markahan ang kahong nagsasabi na wala siya nito.

Ika-6 Bahagi: Sagutan ninyo ang katanungang ito kung nais ninyo.

Ito ang nagpapaliwanag sa kung paano naming gagamitin ang impormasyon ibinigay ninyo sa amin.

Pahayag ng Walang Diskriminasyon: Ito ang nagpapaliwanag ng kung anong kailangan ninyong gawin kung kayo'y may paniniwalang hindi kayo itinrato nang makatarungan.

MGA TUNTUNIN SA PAGKUMPLETO NG CACFP
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Adult Care)

Sundan ang mga tuntuning ito kung ang inyong sambahayan ay nakatatanggap ng SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid:

Ika-1 Bahagi: Ilista ang mga pangalan ng mga kalahok na may hustong gulang lamang.
Ika-2 Bahagi: Ilista ang case number para sa sinumang kasapi ng sambahayang nakatatanggap ng benepisyong [State SNAP], [FDPIR], [SSI] o [Medicaid].
Ika-3 Bahagi: Laktawan ang bahaging ito.
Ika-4 Bahagi: Lagdaan ang pormularyo. Ang huling apat na titik ng Numero ng Social Security ay **hindi** kailangan.
Ika-5 Bahagi: Sagutan ninyo ang katanungang ito kung nais ninyo.

LAHAT NG IBANG SAMBAHAYAN, sundan ang mga sumusunod na tuntunin:

Ika-1 Bahagi: Ilista lamang ang mga pangalang ng may hustong gulang na kalahok. Para sa mga kalahok na walang kita, kailangan ninyong lagyan ng tsek and Kahon na "Walang Kita."

Ika-2 Bahagi: Laktawan ang bahaging ito.

Ika-3 Bahagi: Sundan ang mga tuntuning ito upang iulat ang kalakhang kita ng inyong sambahayan sa kasalukuyang buwan o sa nakaraang buwan.

Hanay A – Pangalan: Ilista lamang ang unang pangalan at apelyido ng **bawat** taong nakatira sa inyong sambahayan na nakikibahagi sa kita at gastusin, mayroon o walang kaugnayan sa inyo (tulad ng lolo at lola, mga iba pang kamag-anak, o ng mga kaibigang nakatira sa inyo such as grandparents, other relatives, or friends who live with you) na may kinikita. Isama ang inyong sarili at ang lahat ng mga batang nakatiran sa inyo. Magdagdag ng isa pang pahina ng papel kung kinakailangan.

Hanay B – Kalakhang kita at Gaano Kadalas ito Natatanggap: Para sa bawat kasapi ng inyong sambahayan, ilista ang uri ng kitang natanggap sa isang buwan.Kailangan ninyong sabihin kung gaano kadalas matanggap ang pera – lingguhan, salitang-linggo, dalawang beses sa isang buwan, o buwanan.

Ika-1 Kahon: Ilista ang **kalakhang kita,** hindi ang haling iniuuwi. Ang kalakhang kita ay ang halaga ng sahod bago tanggalan ng buwis at iba pang binabawas. Makikita ninyo ito sa inyong mga paystub o maaaring sabihin sa inyong ng inyong amo.
Ika-2 Kahon: Ilista ang halagang natanggap ng bawat kasapi sa isang buwan mula sa welfare, child support, alimony.
Ika-3 Kahon: Ilista ang retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's (VA) benefits, at benepisyo sa may kapansanan.
Ika-4 Kahon: Ilista ang LAHAT NG IBANG MGA PINAGMUMULAN NG KITA kasama na ang Worker's Compensation, unemployment, benepisyo ng pagwewelga, regular na kontribusyon mula sa mga taong hindi nakatira sa inyong sambahayan, at anumang ibang kita. Para LAMANG sa mga may sariling negosyo, iulat ang kita matapos ibawas ang mga gastusin Ika-1 Kahon. Ika-4 Kahon ay para sa inyong negosyo, bukid, o pag-aaring pinauupahan. Huwag isama ang kita mula SNAP, FDPIR, WIC o benepisyo ng edukasyong Pederal. Kung kayo'y nasa Military Housing Privatization Initiative o nakatatanggap ng combat pay, huwag ninyo isama itong housing allowance bilang kita.

Ika-4 Bahagi: Ang kasapi ng sambahayang nasa hustong gulang ay kailangang lagdaan ang pormularyo at ilista ang huling apat na titik ng kanilang numero ng Social Security o markahan ang kahong nagsasabi na wala siya nito.

Ika-5 Bahagi: Sagutan ninyo ang katanungang ito kung nais ninyo.

Ito ang nagpapaliwanag sa kung paano naming gagamitin ang impormasyon ibinigay ninyo sa amin.

Pahayag ng Walang Diskriminasyon: Ito ang nagpapaliwanag ng kung anong kailangan ninyong gawin kung kayo'y may paniniwalang hindi kayo itinrato nang makatarungan.

CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)

Ika-1 Bahagi. Lahat ng mga Kasapi ng Samabahayan

Pangalan ng (mga) Naka-enrol na Bata:

Mga Pangalan ng mga Kasapi ng Samabahayan (Unang Pangalan, Panggitnang Inisyal, Apelyido)	LAGYAN NG TSEK KUNG ANG "FOSTER CHILD" (LIGAL NA RESPONSIBILIDAD NG WELFARE AGENCY O NG KORTE) * KUNG ANG LAHAT NG BATANG NAKALISTA SA IBABA AY "FOSTER CHILDREN,: LUMAKTAW SA IKA-5 BAHAGI UPANG LAGDAAN ANG PORMULAYONG ITO	LAGYAN NG TSEK KUNG WALANG KITA
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑

Ika-2 Bahagi. Mga Benepisyo: Kung ang sinumang kasapi ng inyong samabahayan ay nakatangap , , o , ibigay ang pangalan at case number ng taong nakatatanggap ng benepisyo. **Kung walang nakatatanggap ng mga benepisyong ito, lumaktaw sa Ika-3 Bahagi.**

PANGALAN:_____ CASE NUMBER: _____

Ika-3 Bahagi. Kung ang sinumang bata na inyong pinag-aaplay ay walang tirahan, migrante, o lumayas sa tahanan, lagyan ng tsek ang angkop na kahon at tumawag sa

Walang Tirahan ❑ Migrante ❑ Lumayas sa Tahanan ❑

Ika-4 Bahagi. Pangakalahatang Kalakhang Kita ng Sambahayan — Kailangan ninyong sabihin kung magkano at gaano kadalas

A. Pangalan (Ilista **lamang** ang mga kasapi ng sambahayang may kita)	**B. Kalakhang kita at gaano kadalas ito natatanggap**			
	1. Kita mula sa trabaho bago ang mga binabawas	2. Welfare, child support, alimony	3. Mga Pensiyon, kabayaran sa pagreretiro, Social security, SSI, benepisyong VA	4. Lahat ng Ibang Kita
(Halimbawa) Jane Smith	$200/lingguhan_____	$150/salitang-linggo_	$100/buwanan_____	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

Ika-5 Bahagi. Lagda at Huling Apat ng Titik ng Numero ng Social Security (Kailangan lagdaan ng may hustong gulang)

Ang kasaping mag hustong gulang ay kailangang lumagda sa pormularyong ito. **Kung kumpleto na ang Ika-3 Bahagi, kailangang ilista ng lumalagdang may hustong gulang ang huling apat na titik ng kaniyang Numero ng Social Security o markahan ang kahong "Wala akong Numero ng Social Security."** (Tingnan ang Pahayag sa Likuran ng pahinang ito.)

Pinatutunayan ko (pangako) na ang lahat ng impormasyon sa pormularyong ito ay siyang katotohanan at ang lahat ng kitang iniulat. Naintindihan ko na ang paaralan ay makakukuha ng ponding Pederal base sa impormasyong aking ibinigay. Naintindihan ko na maaaring patunayan ng mga opisyal ng CACFP ang impormasyon. Naintindihan ko na kung ako'y sadyang nagbigay ng maling impormasyon, maaaring mawalan ng benepisyo ng pagkain ang aking mga anak, at ako'y maaaring ihabla.

Lagdaan dito: _____ Ilista ang Pangalan: _____

Petsa: _____

Adres: _____ Telepono: _____

Siyudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Huling apat na titik ng Numero ng Social Security: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ Wala akong Numero ng Social Security

CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)

Ika-6 Bahagi. Pagkakakilalanlang Katutubo at Lahi (opsiyonal)	
Markahan ang isang Etnisidad:	Markahan ang isa o higit pang lahing pagkakakilanlan:
❑ Hispanic or Latino ❑ Not Hispanic or Latino	❑ Asian ❑ American Indian or Alaska Native ❑ White ❑ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ❑ Black or African American

Huwag punan ang bahaging ito. Ito's para sa opisyal na gamit lamang.

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: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Tier I_____ Tier II____

Reason: _____

Temporary: Free_____ Reduced_____ Time Period: _____(expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date:_____

Ang kalahok sa pasilidad ng day care ay maaaring maging karapat-dapat na tumanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain kung ang kita ng inyong sambahayan ay siyang napapaloob sa limitasyon ng talang ito.

Laki ng Sambahayan	Taunan
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Bawat karagdagan tao:	

Ang Richard B. Russell National School Lunch Act ang siyang humihiling ng impormasyon sa aplikasyong ito. Hindi ninyo kailangang ibigay ang impormasyon, ngunit kung hindi ninyo ibigay, hindi namin maaaprubahan ang inyong mga anak para sa libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain. Kailangan ninyong ilagay ang huling apat na titik ng numero ng social security ng kasapi ng sambahayang may hustong gulang na siyang lalagda sa aplikasyon. Ang huling apat na titik ng numero ng social secutiy ay hindi kinakailangan kung kayo'y nag-aaplay bilang kumakatawan sa isang "foster child" o kayo'y naglista ng case number ng Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) o ng iba pang FDPIR pagkakakilanlan para sa inyong anak o kung ipinahiwatig ninyo na ang kasapi ng sambahayan ninyong may hustong gulang na siyang lalagda sa aplikasyon ay walang numero ng social security. Gagamitin naming ang inyong impormasyon upang malaman kung ang inyong anak ay karapat-dapat makatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain, at para sa pangangasiwa at pagpapalaganap ng mga programa ng pananghalian at almusal. MAAARI naming ibahagi ang inyong impormasyon sa mga programang edukasyon, pangkalusugan, at nutrisyon upang sila'y matulungan sa pagsiyasat, pagpondo, o pagtukoy sa mga benepisyo para sa kanilang mga programa, tagpagsuri sa pagsiyasat ng programa, at sa opisyal na nagpapalaganap ng batas upang sila'y matulungan sa pagtukoy ng mga paglabag sa mga tuntunin ng programa.

Pahayag ng Walang Diskriminsayon: Ito ang nagpapaliwanag sa kung ano ang kailangang gawin kung kayo'y may paniniwalang hindi kayo itirato nang makatarungan. "Sang-ayon sa Batas Pederal at ng polisa ng U.S. Department of Agriculture, ang institusyong ito ay ipinagbabawal ang pagtrato ng may kinikilingan base sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, gulang, o kapansanan. Upang magpataw ng reklamo ng diskriminasyon, sumulat sa USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o tumawag ng libre sa (866) 632-9992 (Boses). Ang mga indibiduwal na may kapansanan sa pandinig o mayroong kapansanan sa pagnanalita ay maaaring tumawag sa USDA sa pamamagitan ng Federal Relay Service sa (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Espanyol). Ang USDA ay nagbibigay ng pantay-pantay na pagkakataon at pagtrabaho."

CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Adult Care)

Ika-1 Bahagi. Lahat ng mga Kasapi ng Samabahayan

Pangalan ng (mga) Naka-enrol na Hustong Gulang:

Mga Pangalan ng mga Kalahok na may Hustong Gulang (Unang pangalan, Pangitnang Inisyal, Apelyido)	LAGYAN NG TSEK KUNG WALANG KITA
	❑
	❑
	❑

Ika-2 Bahagi. Benepisyo: Kung ang sinumang kasapi ng inyong sambahayan ay nakatanggap , , o , ibigay ang pangalan at case number ng taong nakatatanggap ng benepisyo. **If no one receives these benefits, skip to Ika-3 Bahagi.**

PANGALAN:_____ CASE NUMBER: _____

Ika-3 Bahagi. Pangakalahatang Kalakhang Kita ng Sambahayan — Kailangan ninyong sabihin kung magkano at gaano kadalas

A. Pangalan (Ilista **lamang** ang mga kasapi ng sambahayang may kita)	**B. Kalakhang kita at gaano kadalas ito natatanggap**			
	1. Kita mula sa trabaho bago ang mga binabawas	2. Welfare, child support, alimony	3. Mga Pensiyon, kabayaran sa pagreretiro, Social security, SSI, benepisyong VA	4. Lahat ng Ibang Kita
(Halimbawa) Jane Smith	$200/lingguhan_____	$150/salitang-linggo_	$100/buwanan_____	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

Ika-4 Bahagi. Lagda at Huling Apat ng Titik ng Numero ng Social Security (Kailangan lagdaan ng may hustong gulang)

Ang kasaping mag hustong gulang ay kailangang lumagda sa pormularyong ito. **Kung kumpleto na ang Ika-3 Bahagi, kailangang ilista ng lumalagdang may hustong gulang ang huling apat na titik ng kaniyang Numero ng Social Security o markahan ang kahong "Wala akong Numero ng Social Security."** (Tingnan ang Pahayag sa Likuran ng pahinang ito.)

Pinatutunayan ko (pangako) na ang lahat ng impormasyon sa pormularyong ito ay siyang katotohanan at ang lahat ng kitang iniulat. Naintindihan ko na ang paaralan ay makakukuha ng ponding Pederal base sa impormasyong aking ibinigay. Naintindihan ko na maaaring patunayan ng mga opisyal ng CACFP ang impormasyon. Naintindihan ko na kung ako'y sadyang nagbigay ng maling impormasyon, maaaring mawalan ng benepisyo ng pagkain ang aking mga anak, at ako'y maaaring ihabla.

Lagdaan dito: _____ Ilista ang Pangalan:_____

Petsa:_____

Adres:_____ Telepono: _____

Siyudad:_____ Estado: _____ Zip Code: _____

Huling apat na titik ng Numero ng Social Security: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ Wala akong Numero ng Social Security

Ika-5 Bahagi. Pagkakakilalanlang Katutubo at Lahi (opsiyonal)

Markahan ang isang Etnisidad:	Markahan ang isa o higit pang lahing pagkakakilanlan:	
❑ Hispanic or Latino	❑ Asian	❑ American Indian or Alaska Native
❑ Not Hispanic or Latino	❑ White	❑ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
	❑ Black or African American	

CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Adult Care)

Huwag punan ang bahaging ito. Ito's para sa opisyal na gamit lamang.

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: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Tier I_____ Tier II____

Reason: _____

Temporary: Free_____ Reduced_____ Time Period: _____(expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date:_____

Ang kalahok sa day care ay maaaring magkaroon ng karapatan tumanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain kung ang kita ng inyong sambahayan ay nasa limitasyon o mas mababa pa sa mga nakalista sa talang ito.

Laki ng Sambahayan	Taunan
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Bawat karagdagang tao:	

Ang Richard B. Russell National School Lunch Act ang siyang humihiling ng impormasyon sa aplikasyong ito. Hindi ninyo kailangang ibigay ang impormasyon, ngunit kung hindi ninyo ibigay, hindi namin maaaprubahan ang inyong mga anak para sa libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain. Kailangan ninyong ilagay ang huling apat na titik ng numero ng social security ng kasapi ng sambahayang may hustong gulang na siyang lalagda sa aplikasyon. Ang huling apat na titik ng numero ng social secutiy ay hindi kinakailangan kung kayo'y nag-aaplay bilang kumakatawan sa isang "foster child" o kayo'y naglista ng case number ng Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) o ng iba pang FDPIR pagkakakilanlan para sa inyong anak o kung ipinahiwatig ninyo na ang kasapi ng sambahayan ninyong may hustong gulang na siyang lalagda sa aplikasyon ay walang numero ng social security. Gagamitin naming ang inyong impormasyon upang malaman kung ang inyong anak ay karapat-dapat makatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain, at para sa pangangasiwa at pagpapalaganap ng mga programa ng pananghalian at almusal. MAAARI naming ibahagi ang inyong impormasyon sa mga programang edukasyon, pangkalusugan, at nutrisyon upang sila'y matulungan sa pagsiyasat, pagpondo, o pagtukoy sa mga benepisyo para sa kanilang mga programa, tagpagsuri sa pagsiyasat ng programa, at sa opisyal na nagpapalaganap ng batas upang sila'y matulungan sa pagtukoy ng mga paglabag sa mga tuntunin ng programa.

Pahayag ng Walang Diskriminsayon: Ito ang nagpapaliwanag sa kung ano ang kailangang gawin kung kayo'y may paniniwalang hindi kayo itirato nang makatarungan. "Sang-ayon sa Batas Pederal at ng polisa ng U.S. Department of Agriculture, ang institusyong ito ay ipinagbabawal ang pagtrato ng may kinikilingan base sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, gulang, o kapansanan. Upang magpataw ng reklamo ng diskriminasyon, sumulat sa USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o tumawag ng libre sa (866) 632-9992 (Boses). Ang mga indibiduwal na may kapansanan sa pandinig o mayroong kapansanan sa pagnanalita ay maaaring tumawag sa USDA sa pamamagitan ng Federal Relay Service sa (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Espanyol). Ang USDA ay nagbibigay ng pantay-pantay na pagkakataon at pagtrabaho."

Mahalagang ipadala ninyo ang impormasyong aming kinakailangan, o tumawag sa [name] bago mag [date], o hindi na tatanggap an gaming tanggapan ng libre o idiniskuwentong halaga ng kabayaran sa pagkaing inihain sa inyong (mga) anak.

Center/Sponsoring Organization: **[Name]**

[Date]

Mahal naming **[Name]**:

Sinisiyasat naming ang inyong CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form. Kailangan naming gawin ito upang siguraduhin na ang benepisyong CACFP ay natatanggap lamang ng mga nararapat. Kailangan ninyong ipadala sa amin ang impormasyon upang mapatunayan na karapat-dapat makatanggap ng benepisyo si/sina **[name(s) of participant(s)]**.

Kung maaari, magpadala ng mga kopya at hindi mga orihinal na diokumento. Kung orihinal ang inyong ipinadala, maibabalik lamang ito kung inyong hilingin. Huwag ipadala ang inyong EBT card o anumang card ng benepisyo na inyong kakailanganin.

1. Kung kayo'y nakatatanggap ng SNAP, TANF, o FDPIR noong kayo'y nag-aplay ng libre o idiniskuwentong pagkain, o sa anumang panahon mula noon, maaari lang ninyong ipadala ang mga kopya ng mga sumusunod:

- Paunawa ng Pagpapatunay SNAP, TANF, o FDPIR na nagpapakita ng mga petsa ng pagpapatunay.
- Liham mula sa SNAP na siyang nagsasabing kayo'y na-aprubang makatanggap ng SNAP o TANF.

2. Kung natanggap ninyo ang liham na ito para sa isang "foster child":

Ibigay ang pangalan at impormasyon kung paano tawagan ang tao sa ahensya o ng hukumang makakapagpatunay na ang bata ay ligal na responsibilidad ng ahensya o ng korte.

3. Kung hindi kayo nakatatanggap ng SNAP, TANF, o FDPIR: Ipadala ang pahinang ito kalakip ang mga dokumentong nagpapakita kung magkanong natatanggap ng inyong sambahayan mula sa bawat pinagmumulan ng kita. Kailangang nakikita sa mga papeles na inyong ipinadala ang **pangalan** ng taong nakatanggap ng kita, ang **petsa** kung kalian ito natanggap, **magkano** ang natanggap, at **gaano kadalas** ito natatanggap. **Ipadala ang impormasyon sa: [address].**

Ang maaaring tanggaping dokumento ay ang mga sumusunod:

Trabaho: Paycheck stub o pay envelope na nagpapakita ng halaga at gaanon kadalas natatanggap ang kita; liham mulas sa trabaho na nagsasabi ng kalakhang kita at gaano kadalas kang nababayaran; o, kung kayo'y nagtarabaho para sa sarili, papeles ng negosyo o ng mga papeles ng pagbubukid, tulad ng mga ledger o aklat ng buwis.
Social Security, Mga Pensiyon, o Kabayaran sa Pagreretiro: Social Security, liham ng benepisyong kabayaran sa pagretiro, ulat ng mga natanggap na benepisyong natanggap, o paunawa sa pagbigay ng pension.
Unemployment, Disability, o Worker's Comp: Paunawa sa karapatan mula sa tanggapan ng seguridad ng empleyo ng Estado, check stub, o liham mula sa tanggapan ng Worker's Compensation's.
Welfare Payments: Liham ng Benepisyo mula sa welfare agency.
Child Support o Alimony: Pagapapasiya ng Hukuman, kasunduan, o kopya ng mga natanggap na tseke.
Iba pang kita (tulad ng kita sa pagpapa-upa): Impormasyong nagpapakita ng halaga ng kita natanggap, gaano kadalas natatanggap, at petsa kung kailan ito na tanggap.
Walang kita: Maikling sulat na nagpapaliwanag kung paano kayo nagbibigay pagkain, pananamit, at pamamahay para sa inyong sambahayan, at kalian ninyo inaasahang makatanggap ng kita.
Military Housing Privatization Initiative: Liham o kontrata ng pag-upa na nagpapakita na ang inyong tirahan ay kasama sa Military Privatized Housing Initiative.

Tanggap na Kapanahunan ng Dokumentasyon ng Kita: Maari lamang ibigay ang mga dokumento na nagpapakita ng inyong kita sa oras ng inyong pag-aplay ng benepisyo. Kung wala sa inyon ang impormasyong ito, maaari kayong magbigay ng papeles mula sa pagkumpleto ng CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form hanggang sa oras ng pagpapatunay.

Para sa karagdagang impormasyon o kailangan ninyo ng tulong, tumawag sa [**name]** sa **[phone]**

Tapat sa inyo,

[signature]

Ang Richard B. Russell National School Lunch Act ang siyang humihiling ng impormasyon sa aplikasyong ito. Hindi ninyo kailangang ibigay ang impormasyon, ngunit kung hindi ninyo ibigay, hindi namin maaaprubahan ang inyong mga anak para sa libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain. Kailangan ninyong ilagay ang huling apat na titik ng numero ng social security ng kasapi ng sambahayang may hustong gulang, kasama ang kalahok sa child care. Ang numero ng social secutiy ay hindi kinakailangan kung kayo'y nag-aaplay bilang kumakatawan sa isang "foster child" o kayo'y naglista ng case number ng Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) o ng iba pang FDPIR pagkakakilanlan para sa inyong anak o kung ipinahiwatig ninyo na ang kasapi ng sambahayan ninyong may hustong gulang na siyang lalagda sa aplikasyon ay walang numero ng social security. Gagamitin naming ang inyong impormasyon upang malaman kung ang kalahok ay karapat-dapat makatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain, at para sa pangangasiwa at pagpapalaganap ng CACFP.

Pahayag ng Walang Diskriminsayon: Ito ang nagpapaliwanag sa kung ano ang kailangang gawin kung kayo'y may paniniwalang hindi kayo itirato nang makatarungan. "Sang-ayon sa Batas Pederal at ng polisa ng U.S. Department of Agriculture, ang institusyong ito ay ipinagbabawal ang pagtrato ng may kinikilingan base sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, gulang, o kapansanan. Upang magpataw ng reklamo ng diskriminasyon, sumulat sa USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o tumawag ng libre sa (866) 632-9992 (Boses). Ang mga indibiduwal na may kapansanan sa pandinig o mayroong kapansanan sa pagnanalita ay maaaring tumawag sa USDA sa pamamagitan ng Federal Relay Service sa (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Espanyol).
Ang USDA ay nagbibigay ng pantay-pantay na pagkakataon at pagtrabaho."

Mahalagang ipadala ninyo ang impormasyong aming kinakailangan, o tumawag sa [name] bago mag [date], o hindi na tatanggap an gaming tanggapan ng libre o idiniskuwentong halaga ng kabayaran sa pagkaing inihain sa may hustong gulang na kalahok

Center/Sponsoring Organization: **[Name]**

[Date]

Mahal naming **[Name]**:

Sinisiyasat naming ang inyong CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form. Kailangan naming gawin ito upang siguraduhin na ang benepisyong CACFP ay natatanggap lamang ng mga nararapat. Kailangan ninyong ipadala sa amin ang impormasyon upang mapatunayan na karapat-dapat makatanggap ng benepisyo si/sina **[name(s) of participant(s)]**.

Kung maaari, magpadala ng mga kopya at hindi mga orihinal na diokumento. Kung orihinal ang inyong ipinadala, maibabalik lamang ito kung inyong hilingin. Huwag ipadala ang inyong EBT card o anumang card ng benepisyo na inyong kakailanganin.

1. Kung kayo'y nakatatanggap ng SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid noong kayo'y nag-aplay ng libre o idiniskuwentong pagkain, o sa anumang panahon mula noon, maaari lang ninyong ipadala ang mga kopya ng mga sumusunod:

- Paunawa ng Pagpapatunay SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid na nagpapakita ng mga petsa ng pagpapatunay.
- Liham mula sa SNAP na siyang nagsasabing kayo'y na-aprubang makatanggap ng SNAP.

2. Kung hindi kayo nakatatanggap ng SNAP, FDPIR, SSI o Medicaid: Ipadala ang pahinang ito kalakip ang mga dokumentong nagpapakita kung magkanong natatanggap ng inyong sambahayan mula sa bawat pinagmumulan ng kita. Kailangang nakikita sa mga papeles na inyong ipinadala ang **pangalan** ng taong nakatanggap ng kita, ang **petsa** kung kalian ito natanggap, **magkano** ang natanggap, at **gaano kadalas** ito natatanggap. **Ipadala ang impormasyon sa: [address].**

Ang maaaring tanggaping dokumento ay ang mga sumusunod:

Trabaho: Paycheck stub o pay envelope na nagpapakita ng halaga at gaanon kadalas natatanggap ang kita; liham mulas sa trabaho na nagsasabi ng kalakhang kita at gaano kadalas kang nababayaran; o, kung kayo'y nagtarabaho para sa sarili, papeles ng negosyo o ng mga papeles ng pagbubukid, tulad ng mga ledger o aklat ng buwis.
Socialy Security, Mga Pensiyon, o Kabayaran sa Pagreretiro: Social Security, liham ng benepisyong kabayaran sa pagretiro, ulat ng mga natanggap na benepisyong natanggap, o paunawa sa pagbigay ng pension.
Unemployment, Disability, o Worker's Comp: Paunawa sa karapatan mula sa tanggapan ng seguridad ng empleyo ng Estado, check stub, o liham mula sa tanggapan ng Worker's Compensation.
Welfare Payments: Liham ng Benepisyo mula sa welfare agency.
Child Support o Alimony: Pagapapasiya ng Hukuman, kasunduan, o kopya ng mga natanggap na tseke.
Iba pang kita (tulad ng kita sa pagpapa-upa): Impormasyong nagpapakita ng halaga ng kita natanggap, gaano kadalas natatanggap, at petsa kung kailan ito na tanggap.
Walang kita: Maikling sulat na nagpapaliwanag kung paano kayo nagbibigay pagkain, pananamit, at pamamahay para sa inyong sambahayan, at kalian ninyo inaasahang makatanggap ng kita.
Military Housing Privatization Initiative: Liham o kontrata ng pag-upa na nagpapakita na ang inyong tirahan ay kasama sa Military Privatized Housing Initiative.

Tanggap na Kapanahunan ng Dokumentasyon ng Kita: Maari lamang ibigay ang mga dokumento na nagpapakita ng inyong kita sa oras ng inyong pag-aplay ng benepisyo. Kung wala sa inyon ang impormasyong ito, maaari kayong magbigay ng papeles mula sa pagkumpleto ng CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form hanggang sa oras ng pagpapatunay.

Para sa karagdagang impormasyon o kailangan ninyo ng tulong, tumawag sa [**name]** sa **[phone]**

Tapat sa inyo,

[signature]

Ang Richard B. Russell National School Lunch Act ang siyang humihiling ng impormasyon sa aplikasyong ito. Hindi ninyo kailangang ibigay ang impormasyon, ngunit kung hindi ninyo ibigay, hindi namin maaaprubahan ang inyong mga anak para sa libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain. Kailangan ninyong ilagay ang huling apat na titik ng numero ng social security ng kasapi ng sambahayang may hustong gulang, kasama ang kalahok sa child care. Ang numero ng social secutiy ay hindi kinakailangan kung kayo'y nag-aaplay bilang kumakatawan sa isang "foster child" o kayo'y naglista ng case number ng Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) o ng iba pang FDPIR pagkakakilanlan para sa inyong anak o kung ipinahiwatig ninyo na ang kasapi ng sambahayan ninyong may hustong gulang na siyang lalagda sa aplikasyon ay walang numero ng social security. Gagamitin naming ang inyong impormasyon upang malaman kung ang kalahok ay karapat-dapat makatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain, at para sa pangangasiwa at pagpapalaganap ng CACFP.

Pahayag ng Walang Diskriminsayon: Ito ang nagpapaliwanag sa kung ano ang kailangang gawin kung kayo'y may paniniwalang hindi kayo itirato nang makatarungan. "Sang-ayon sa Batas Pederal at ng polisa ng U.S. Department of Agriculture, ang institusyong ito ay ipinagbabawal ang pagtrato ng may kinikilingan base sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, gulang, o kapansanan. Upang magpataw ng reklamo ng diskriminasyon, sumulat sa USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o tumawag ng libre sa (866) 632-9992 (Boses). Ang mga indibiduwal na may kapansanan sa pandinig o mayroong kapansanan sa pagnanalita ay maaaring tumawag sa USDA sa pamamagitan ng Federal Relay Service sa (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Espanyol).
Ang USDA ay nagbibigay ng pantay-pantay na pagkakataon at pagtrabaho."

ISINIYASAT NAMIN ANG INYONG IMPORMASYON SA CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Child Care)

Center/Sponsoring Organization: **[Name]**

[Date:]

Mahal naming **[Name]**:

Isiniyasat namin ang impormasyong inyong ipinadala upang patunayan na si/sina **[name(s) of participant]** ay karapat-dapat tumanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain sa aming pasilidad at napagpasiyahan na:

- ❑ Walang pinagbago ang karapatan ng kalahok.
- ❑ Mula sa petsang **[date]**, nagbago ang karapatan ng kalahok para sa benepisyo ng pagkain **mula sa idiniskuwetong halaga at ngayo'y libre** sa kadahilanang ang inyong kita ay napapasaloob sa limitasyon ng karapatan sa libreng pagkain. Ang kalahok ay makatatanggap ng pagkain na walang bayad.
- ❑ Mula sa petsang **[date]**, ang karapatan ng inyong (mga) anak ay binago **mula sa libre at ngayo'y idiniskuwentong halaga** sa kadahilanang ang inyong kita ay ngayo'y higit sa limitasyon.
- ❑ Mula sa petsang **[date]**, **ang kalahok ay hindi na karapat-dapat makatanggap** ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain sa (mga) sumusunod na kadahilanan:

  ___ Ipinakikita ng mga ulat na walang sinuman sa inyong sambahayan ay nakatanggap ng mga benepisyong **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FPDIR]**
  ___ Ipinakikita ng mga ulat ang (mga) bata ay hindi migrante, walang tahanan, o lumayas sa tahanan.
  ___ Ang inyong kita ay humigit sa limitasyon ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain.
  ___ Hindi ninyo naibigay ang: _____
  ___ Hindi kayo sumagot sa aming hiling.

  Kung ang kita ng sambahayan ninyo ay bumaba o lumaki ang inyong sambahayan, maaari kayong magkumpleto ng panibagong CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form. Kung hindi kayo makapagbigay ng katunayan ng kasalukuyang karapatan, hihilingin ito sa inyo kung kayo'y muling mag-aplay.

Kung hindi kayo sang-ayon sa desisyong ito, maaari ninyo ito talakayin sa **[name]** sa **[phone]**. May karapatan din kayo sa makatarungang pagdinig. Kung kayo'y humiling ng pagdinig bago ang petsang **[date]**, ang kalahok ay patuloy na makatatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain hanggang magawa ang desisyon ng opisyal sa pagdinig. Maaari din kayong humiling ng pagdinig sa pamamagitan ng pagtawag o sa pagsulat sa: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, o **[e-mail].**

Tapat sa inyo,

[signature]

Pahayag ng Walang Diskriminsayon: Ito ang nagpapaliwanag sa kung ano ang kailangang gawin kung kayo'y may paniniwalang hindi kayo itirato nang makatarungan. "Sang-ayon sa Batas Pederal at ng polisa ng U.S. Department of Agriculture, ang institusyong ito ay ipinagbabawal ang pagtrato ng may kinikilingan base sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, gulang, o kapansanan. Upang magpataw ng reklamo ng diskriminasyon, sumulat sa USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o tumawag ng libre sa (866) 632-9992 (Boses). Ang mga indibiduwal na may kapansanan sa pandinig o mayroong kapansanan sa pagnanalita ay maaaring tumawag sa USDA sa pamamagitan ng Federal Relay Service sa (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Espanyol).
Ang USDA ay nagbibigay ng pantay-pantay na pagkakataon at pagtrabaho."

ISINIYASAT NAMIN ANG INYONG IMPORMASYON SA CACFP MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Adult Care)

Center/Sponsoring Organization: **[Name]**

[Date:]

Mahal naming **[Name]**:

Isiniyasat namin ang impormasyong inyong ipinadala upang patunayan na si/sina **[name(s) of participant]** ay karapat-dapat tumanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain sa aming pasilidad at napagpasiyahan na:

- ❑ Walang pinagbago ang karapatan ng kalahok.
- ❑ Mula sa petsang **[date]**, nagbago ang karapatan ng kalahok para sa benepisyo ng pagkain **mula sa idiniskuwetong halaga at ngayo'y libre** sa kadahilanang ang inyong kita ay napapasaloob sa limitasyon ng karapatan sa libreng pagkain. Ang kalahok ay makatatanggap ng pagkain na walang bayad.
- ❑ Mula sa petsang **[date]**, ang karapatan ng inyong (mga) anak ay binago **mula sa libre at ngayo'y idiniskuwentong halaga** sa kadahilanang ang inyong kita ay ngayo'y higit sa limitasyon.
- ❑ Mula sa petsang **[date]**, **ang kalahok ay hindi na karapat-dapat makatanggap** ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain sa (mga) sumusunod na kadahilanan:
  - ___ Ipinakikita ng mga ulat na walang sinuman sa inyong sambahayan ay nakatanggap ng mga benepisyong **[State SNAP]** o **[State TANF.**
  - ___ Ipinakikita ng mga ulat ang (mga) bata ay hindi migrante, walang tahanan, o lumayas sa tahanan.
  - ___ Ang inyong kita ay humigit sa limitasyon ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain.
  - ___ Hindi ninyo naibigay ang: _____
  - ___ Hindi kayo sumagot sa aming hiling.

  Kung ang kita ng sambahayan ninyo ay bumaba o lumaki ang inyong sambahayan, maaari kayong magkumpleto ng panibagong CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form. Kung hindi kayo makapagbigay ng katunayan ng kasalukuyang karapatan, hihilingin ito sa inyo kung kayo'y muling mag-aplay.

Kung hindi kayo sang-ayon sa desisyong ito, maaari ninyo ito talakayin sa **[name]** sa **[phone]**. May karapatan din kayo sa makatarungang pagdinig. Kung kayo'y humiling ng pagdinig bago ang petsang **[date]**, ang kalahok ay patuloy na makatatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain hanggang magawa ang desisyon ng opisyal sa pagdinig. Maaari din kayong humiling ng pagdinig sa pamamagitan ng pagtawag o sa pagsulat sa: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, o **[e-mail].**

Tapat sa inyo,

[signature]

Pahayag ng Walang Diskriminsayon: Ito ang nagpapaliwanag sa kung ano ang kailangang gawin kung kayo'y may paniniwalang hindi kayo itirato nang makatarungan. "Sang-ayon sa Batas Pederal at ng polisa ng U.S. Department of Agriculture, ang institusyong ito ay ipinagbabawal ang pagtrato ng may kinikilingan base sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, gulang, o kapansanan. Upang magpataw ng reklamo ng diskriminasyon, sumulat sa USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o tumawag ng libre sa (866) 632-9992 (Boses). Ang mga indibiduwal na may kapansanan sa pandinig o mayroong kapansanan sa pagnanalita ay maaaring tumawag sa USDA sa pamamagitan ng Federal Relay Service sa (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Espanyol).
Ang USDA ay nagbibigay ng pantay-pantay na pagkakataon at pagtrabaho."

PAGBABAHAGI NG IMPORMASYON SA MEDICAID/SCHIP

Mahal naming Magulang/Tagapangalaga:

Kung ang inyong mga anak ay nakatatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain sa paaralan, maaari din silang makatanggap ng libre o mababang halaga ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Medicaid o ng State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Ang mga batang may segurong pangkalusugan ay higit na nakakukuha ng mga regular na pag-aalagang pangkalusugan at mababa ang pagliliban sa paaralan ng nang dahil sa sakit.

Sa kadahilanang higit na mahalaga ang segurong pangkalusugan sa ikabubuti ng mga bata, *pinapayagan kami ng batas na magsabi sa Medicaid at SCHIP na ang inyong mga anak ay karapat-dapat makatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain,* ***maliban na lamang kung sabihin ninyo na ayaw ninyo.*** Ginagamit lamang ng Medicaid at SCHIP ang impormasyon upang matukoy ang mga batang maaaring matanggap sa kanilang mga programa. Maaari kayong tawagan ng mga opisyal ng programa upang i-alok sa inyo ang pagpapalista ng inyong mga anak. Hindi otomatiko ang pagpapalista o pag-enrol ng inyong mga anak sa seguorng pangkalusugan sa pagpuno ng Aplikasyon ng Libre at Idiniskuwentong Pagkaing Pampaaralan.

Kung ayaw ninyong ipamahagi sa amin ang inyon impormasyon sa Medicaid o SCHIP, punan ninyo ang pormularyo sa ibaba at ipadala kasama ng inyong Income Eligibility Form sa **[Adres]** bago mag **[date]**. (Ang pagpapadala ng pormularyong ito ay walang maaaring maging epekto sa karapatan ng inyong mga anak na makatanggap ng libre o idiniskuwentong halaga ng pagkain).

☐ **Hindi! AYOKONG** ipamahagi ang impormasyon sa aking CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form sa Medicaid o sa State Children's Health Insurance Program.

Kung nilagayan ninyo ng tsek ang hindi, punan lamang ang pormularyo sa ibaba.

Pangalan ng Bata: _____

Pangalan ng Bata: _____

Pangalan ng Bata: _____

Pangalan ng Bata: _____

Lagda ng Magulang/Tagapangalaga: _____

Petsa Ngayon: _____

Ilista ang Pangalan: _____

Adres: _____

_____ _____

Para sa karagdagang impormasyon, tumawag sa [**name]** sa **[phone]**