CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

ФОРМА ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ

Інструкції для центрів програми Child and Adult Care Food Program, спонсорських організацій та закладів денного догляду сімейного типу

Цей пакет містить такі типові форми документів:

Обов'язкова інформація для надання членам сімей та керівникам закладів денного догляду:

- Лист членам сімей: Заклади денного догляду за дітьми, заклади рівня «Tier II» та заклади денного догляду за дорослими
- Лист закладам рівня «Tier I» та закладам денного догляду сімейного типу
- Форма відповідності доходів для отримання пільгового харчування: Заклади денного догляду за дітьми та Заклади денного догляду за дорослими (з інструкціями)

Примітка: Установи різних штатів не обов'язково повинні користуватися типовими формами, але працівникам слід переконатися, що інформацію надано у повному обсязі.

Перевірка наданої інформації для визначення прав на користування пільгами:

- Повідомлення про відбір для перевірки відповідності критеріям (тільки програми з визначенням розміру пільг): Заклади денного догляду за дітьми та заклади денного догляду за дорослими
- Лист про результати перевірки (тільки програми з визначенням розміру пільг): Заклади денного догляду за дітьми та заклади денного догляду за дорослими

Додатковий матеріал стосовно заяви, який *може* надаватися членам сімей:

- Надання вказаної інформації працівникам програм Medicaid та SCHIP

Сторінки підготовлено для друку на папері формату 8½" - 11". Деякі сторінки можна друкувати з обох боків аркуша. Дані у дужках (**[bold bracketed fields]**) вказують, де слід зазначати інформацію про себе, або куди слід звертатися по допомогу, а також куди подавати заповнені форми. Вам слід вказати назву, яка використовується у вашому штаті для програм Temporary Assistance to Needy Families (TANF), State Children's Health Insurance Program (SCHIP) та/або, якщо застосовується, Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR).

Цей типовий пакет також містить інформацію про виключення пільг на житло для осіб, які користуються допомогою за програмою Military Housing Privatization Initiative та програмами з визначення розміру пільг. Якщо такі розділи не мають до вас відношення, їх можна виключити.

Органи вашого штату можуть вимагати подання пакета для затвердження. Якщо у вас виникли запитання, зверніться за адресою:

[State agency address]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Шановні батьки/опікуни!

Цей лист призначений для батьків або опікунів, діти яких відвідують заклад догляду за дітьми. Заклад **[Name of Center]** пропонує здорове харчування усім дітям, які його відвідують, завдяки участі у програмі Child and Adult Care Food Program (CACFP), впровадженій Міністерством сільського господарства США (USDA). Програма CACFP гарантує відшкодування витрат на здорові продукти, які споживають діти, що відвідують цей заклад. Будь ласка, допоможіть нам дотримуватися вимог програми CACFP, заповнивши Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування, що додається. Окрім того, заповнивши цю форму, ви дасте нам можливість визначити, чи ваша дитина (діти) відповідає критеріям для отримання безкоштовного або пільгового харчування.

1. Чи потрібно мені заповнювати Форму заяви на пільгове харчування для кожної своєї дитини, яка відвідує заклад? Ви можете заповнити та подати одну Форму заяви на пільгове харчування відповідно до доходів (CACFP) для всіх дітей, які відвідують заклад догляду за дітьми і належать до вашої сім'ї, але **тільки** якщо всі діти відвідують один заклад. Ми не зможемо затвердити форму, яка заповнена не повністю, тому обов'язково ознайомтеся з інструкціями і заповніть усю необхідну інформацію. **Заповнену форму слід подати за адресою: [(Name of Center, address, phone number].**

2. Хто може отримувати безкоштовне харчування без надання відомостей про доходи? Діти з сімей, що отримують допомогу за програмами Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (раніше «Food Stamps»), Temporary Assistance to Needy Families (TANF) або Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), можуть отримувати безкоштовне харчування. Прийомні діти та діти, які отримують допомогу за програмою Head Start, також мають право на безкоштовне харчування. Діти з сімей, що отримують допомогу за програмою WIC, можуть претендувати на безкоштовне харчування.

3. Хто може отримувати пільгове харчування? Ваші діти можуть отримувати пільгове харчування, якщо дохід вашої сім'ї відповідає обмеженням на отримання пільг відповідно до Федеральної схеми визначення рівня доходів, наведеної у цій заяві. Діти з сімей, що отримують допомогу за програмою WIC, можуть претендувати на пільгове харчування.

4. Чи можу я заповнювати форму, якщо хтось з членів моєї родини не є громадянином США? Так. Ви або ваші діти не обов'язково повинні бути громадянами США, щоб отримувати пільгове харчування, яке пропонує заклад догляду за дітьми.

5. Кого слід вказувати як членів моєї родини? Ви повинні вказати кожну особу, що мешкає з вами, належить до вашої родини (наприклад, дід та бабуся, інші родичі або друзі, що мешкають з вами) і з якою ви ділите доходи та витрати. Ви повинні вказати себе та всіх дітей, що мешкають з вами. Ви також можете вказати прийомних дітей, що мешкають з вами.

6. Як вказати інформацію про доходи та повідомити про зміни у стані працевлаштування? Дохід, який ви зазначаєте, повинен відображати загальний валовий дохід сім'ї відповідно до джерел доходів кожного члена сім'ї, отриманий впродовж останнього місяця. Якщо дохід за останній місяць не точно відображає ваше матеріальне становище, ви можете вказати свій узагальнений щомісячний дохід. Якщо жодних значних змін не відбулося, ви можете використати свій дохід за останній місяць як підставу для узагальнення. Якщо дохід вашої сім'ї дорівнює або є меншим, ніж сума, зазначена для сімей такого розміру у схемі доходів, заклад отримуватиме більший рівень відшкодування. Після належного затвердження прав на безкоштовне або пільгове харчування відповідно до доходів або зазначеного діючого реєстраційного номера учасника програм SNAP, TANF, FDPIR, ви зможете користуватися цими пільгами впродовж 12 місяців. Проте вам слід повідомити нам, якщо хтось з членів вашої сім'ї стане безробітним та втратить джерело доходів, внаслідок чого ваша сім'я відповідатиме встановленим стандартам для отримання пільг.

7. Як вказувати доходи, якщо вони не завжди однакові? Вказуйте суму, яку отримуєте звичайно. Наприклад, якщо звичайно ви отримуєте $1000 на місяць, але минулого місяця обсяг роботи був меншим, тому ви отримали лише $900, вказуйте, що отримуєте $1000 на місяць. Якщо ви звичайно отримуєте понаднормову оплату, зазначте це, але тільки якщо не отримуєте її іноді.

8. Чи має значення наявність у мене прийомних дітей? Прийомна дитина, яка знаходиться під юридичною відповідальністю виховального закладу або суду, має право на безкоштовне харчування. Будь-яка прийомна дитина, яка належить до вашої сім'ї, має право на безкоштовне харчування незалежно від рівня доходів. Сім'я може зазначити прийомних дітей у Формі відповідності доходів для отримання пільгового харчування, але не зобов'язана вказувати як дохід суму, що отримує на виховання прийомної дитини. Сім'ї, які претендують на пільгове харчування для прийомних дітей, повинні звернутися до **[name, address, phone number].**

9. Наша сім'я користується статусом родини військовослужбовця; чи слід нам вказувати наші житлові та додаткові пільги як дохід? Якщо ваша сім'я бере участь у програмі Military Housing Privatization Initiative, і ви отримуєте дотацію на утримання сімей, такі пільги не слід вказувати як дохід. Окрім того, у осіб, яких наразі мобілізовано на службу, як сімейний дохід враховується лише та частка доходу мобілізованої особи, яка передається особою у розпорядження членів сім'ї. Грошові надбавки за участь у бойових діях, зокрема Deployment Extension Incentive Pay (заохочувальні виплати військовослужбовцям за мобілізацію (DEIP)), також не враховуються як доходи, і вказувати їх не слід. Усі інші дотації слід вказувати як частину загального доходу сім'ї.

10. ***(Pricing program only)*** **Чи перевірятиметься інформація, яку я надаю?** Можливо. Ми можемо попросити вас надіслати письмове підтвердження з метою перевірки інформації, вказаної у формі. **Що робити у тому разі, якщо я не погоджуюся з рішенням, прийнятим за наданою у формі інформацією?** Вам слід звернутися до **[Center or Sponsoring Organization]**.

У рамках надання допомоги за продовольчою програмою жодна особа не повинна зазнавати дискримінації через свою расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність.

Якщо у вас виникли інші запитання або вам потрібна допомога, зверніться за номером **[phone number].**

З повагою,

[signature]

[Insert Sponsoring Organization Letterhead]

Шановні батьки/опікуни!
Цей лист призначений для батьків або опікунів, діти яких відвідують заклад догляду за дітьми сімейного типу. Заклад **[Name of day care home]** пропонує здорове харчування усім дітям, які його відвідують, завдяки участі у програмі Child and Adult Care Food Program (CACFP), впровадженій Міністерством сільського господарства США (USDA). Програма CACFP гарантує відшкодування витрат на здорові продукти, які споживають діти, що відвідують цей заклад. Будь ласка, допоможіть нам дотримуватися вимог програми CACFP, заповнивши Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування, що додається.

1. Мені обов'язково потрібно заповнювати Форму заяви на пільгове харчування відповідно до доходів, щоб моя дитина (мої діти) змогла отримувати пільги за програмою CACFP? Ні, але якщо ви вирішите це зробити, заклад зможе отримати більше відшкодування за харчування, що надається вашій дитини. Якщо ви заповните форму, ви можете подати її безпосередньо до Закладу або до Спонсорської організації Закладу **[Sponsor's Name]**. Якщо ви бажаєте подати форму безпосередньо до спонсорської організації, подавайте заповнену форму за адресою: **[(Sponsor) at name, address, phone number].**

> **___** Поставте підпис тут, якщо ви погоджуєтеся дозволити **[Provider's Name]** отримати вашу форму та передати її Спонсорській організації. Працівники **[Provider's Name]** не переглядатимуть вашу форму.

2. Чи потрібно мені заповнювати Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування на кожну свою дитину, яка відвідує заклад? Ви можете заповнити та подати одну Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування (CACFP) на всіх дітей, які відвідують заклад догляду і належать до вашої сім'ї, але **тільки** якщо всі діти відвідують один заклад. Ми не зможемо затвердити форму, яка заповнена не повністю, тому обов'язково ознайомтеся з інструкціями і заповніть усю необхідну інформацію.

3. Хто відповідає критеріям для отримання більшого відшкодування без надання інформації про доходи? Ваш заклад отримає більше відшкодування за продукти харчування, що надаються прийомним дітям та дітям з сімей, які отримують допомогу за програмами Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (раніше «Food Stamps»), Temporary Assistance to Needy Families (TANF) або Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Діти з сімей, що отримують допомогу за програмою WIC, також можуть претендувати на отримання більшого відшкодування.

4. Хто відповідає критеріям для отримання більшого відшкодування відповідно до доходів? Ваш заклад зможе отримати більше відшкодування за продукти харчування, що надаються вашим дітям, якщо дохід вашої сім'ї відповідає обмеженням для отримання пільг відповідно до Федеральної схеми визначення рівня доходів, наведеної у цій анкеті. Діти з сімей, що отримують допомогу за програмою WIC, також можуть претендувати на отримання більшого відшкодування.

5. Чи можу я заповнювати форму, якщо хтось з членів моєї родини не є громадянином США? Так. Ви або ваші діти не обов'язково повинні бути громадянами США, щоб користуватися пільгами на харчування, які пропонує заклад денного догляду.

6. Кого слід вказувати як членів моєї родини? Ви повинні вказати кожну особу, що мешкає з вами, належить до вашої родини (наприклад, дід та бабуся, інші родичі або друзі, що мешкають з вами) і з якою ви ділите доходи та витрати. Ви повинні вказати себе та всіх дітей, що мешкають з вами. Ви також можете вказати прийомних дітей, що мешкають з вами.

7. Як вказати інформацію про доходи та повідомити про зміни у стані працевлаштування? Дохід, який ви зазначаєте, повинен відображати загальний валовий дохід сім'ї відповідно до джерел доходів кожного члена сім'ї, отриманий впродовж останнього місяця. Якщо дохід за останній місяць не точно відображає ваше матеріальне становище, ви можете вказати свій узагальнений щомісячний дохід. Якщо жодних значних змін не відбулося, ви можете використати свій дохід за останній місяць як підставу для узагальнення. Якщо дохід вашої сім'ї дорівнює або є меншим, ніж суми, зазначені для сімей такого розміру у Схемі доходів, заклад сімейного типу отримуватиме вищій рівень відшкодування. Після належного затвердження прав на більше відшкодування відповідно до рівня доходів або зазначеного діючого реєстраційного номера учасника програм SNAP, TANF або FDPIR ви зможете користуватися цими пільгами впродовж 12 місяців. Проте вам слід повідомити нам, якщо хтось з членів вашої сім'ї стане безробітним та втратить джерело доходів, внаслідок чого ваша сім'я відповідатиме встановленим стандартам для отримання пільг.

8. Як вказувати доходи, якщо вони не завжди однакові? Вказуйте суму, яку отримуєте звичайно. Наприклад, якщо звичайно ви отримуєте $1000 на місяць, але минулого місяця обсяг роботи був меншим, тому ви отримали лише $900, вказуйте, що отримуєте $1000 на місяць. Якщо ви звичайно отримуєте понаднормову оплату, зазначте це, але тільки, якщо не отримуєте її іноді.

9. Чи має значення наявність у мене прийомних дітей? Прийомні діти, які знаходяться під юридичною опікою виховального закладу або суду, мають право на більше відшкодування. Будь-яка прийомна дитина, яка належить до вашої сім'ї, відповідає критеріям незалежно від рівня ваших доходів. Сім'я може зазначити у Формі відповідності доходів для отримання пільгового харчування прийомних дітей, але не повинна вказувати як дохід суму, що надається на виховання прийомної дитини. Сім'ї, які претендують на пільгове харчування для прийомних дітей, повинні звернутися до **[name, address, phone number]**.

10. Наша сім'я користується статусом родини військовослужбовця; чи слід нам вказувати наші житлові та додаткові пільги як дохід? Якщо ваша сім'я бере участь у програмі Military Hosing Privatization Initiative, і ви отримуєте дотацію на утримання сімей, такі пільги не слід вказувати як дохід. Окрім того, у осіб, яких наразі мобілізовано на службу, як сімейний дохід враховується лише та частка доходу мобілізованої особи, яка передається особою у розпорядження членів сім'ї. Грошові надбавки за участь у бойових діях, зокрема Deployment Extension Incentive Pay (заохочувальні виплати військовослужбовцям за мобілізацію (DEIP)), також не враховуються як доходи, і вказувати їх не слід. Усі інші дотації слід вказувати як частину загального доходу сім'ї.

У рамках надання допомоги за продовольчою програмою жодна особа не повинна зазнавати дискримінації через свою расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Якщо у вас виникли інші запитання або вам потрібна допомога, зверніться за номером **[phone number].**

З повагою,

[signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Шановні батьки/опікуни!

Програма CACFP пропонує відшкодування на продукти харчування у закладах денного догляду за дорослими, що надають структуровані комплексні послуги без постійного проживання дорослим особам, які мають фізичні порушення, або особам віком від 60 років. Заповнивши Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування, що додається, ви дасте можливість закладу отримувати відшкодування, виходячи з кількості осіб, що беруть участь у програмі і мають право на безкоштовне або пільгове харчування.

1. Чи потрібно мені заповнювати Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування на кожну дорослу особу, яка відвідує заклад денного догляду? Ви можете заповнити та подати одну Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування (CACFP) на всіх дорослих, які відвідують заклад денного догляду і належать до вашої сім'ї, але **тільки** якщо всі такі особи відвідують один заклад. Ми не зможемо затвердити форму, яка заповнена не повністю, тому обов'язково ознайомтеся з інструкціями і заповніть усю необхідну інформацію. Заповнену форму слід подавати за адресою: **[(Center) at name, address, phone number].**

2. Хто може отримувати безкоштовне харчування? Дорослі, що належать до сімей, які користуються допомогою за програмами Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (раніше «Food Stamps»), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), Supplemental Security Income (SSI) або Medicaid, можуть отримувати безкоштовне харчування. Дорослі з сімей, що отримують допомогу за програмою WIC, можуть претендувати на отримання безкоштовного харчування.

3. Хто може отримувати пільгове харчування? Дорослі можуть отримувати пільгове харчування, якщо дохід вашої сім'ї відповідає обмеженням на отримання пільг відповідно до Федеральної схеми визначення рівня доходів, наведеної у цій анкеті. Дорослі з сімей, що отримують допомогу за програмою WIC, можуть претендувати на отримання пільгового харчування.

4. Чи можу я заповнювати форму, якщо хтось з членів моєї родини не є громадянином США? Так. Ви або дорослі, про яких ви піклуєтеся, не обов'язково повинні бути громадянами США, щоб користуватися пільгами на харчування, які пропонує заклад догляду.

5. Кого слід вказувати як членів моєї родини? Ви може зазначити лише дорослих, які знаходяться під вашою опікою, його або її чоловіка або дружину, та їх утриманців, з якими ви ділите доходи та витрати.

6. Як вказати інформацію про доходи та повідомити про зміни у стані працевлаштування? Дохід, який ви зазначаєте, повинен відображати загальний валовий дохід сім'ї відповідно до джерел доходів кожного члена сім'ї, отриманий впродовж останнього місяця. Якщо дохід за останній місяць не точно відображає ваше матеріальне становище, ви можете вказати свій узагальнений щомісячний дохід. Якщо жодних значних змін не відбулося, ви можете використати свій дохід за останній місяць як підставу для узагальнення. Якщо дохід вашої сім'ї дорівнює або є меншим, ніж суми, зазначені для сімей такого розміру у Схемі доходів, заклад денного догляду за дорослими отримуватиме вищій рівень відшкодування. Після належного затвердження прав на безкоштовне або пільгове харчування відповідно до доходів або зазначеного діючого реєстраційного номера учасника програм SNAP, FDPIR, SSI або Medicaid, ви зможете отримувати такі пільги впродовж періоду, що не перевищує 12 місяців. Проте вам слід повідомити нам, якщо хтось з членів вашої сім'ї стане безробітнім та втратить джерело доходів впродовж періоду бездіяльності, внаслідок чого ваша сім'я відповідатиме встановленим стандартам для отримання пільг.

7. Як вказувати доходи, якщо вони не завжди однакові? Вказуйте суму, яку отримуєте звичайно. Наприклад, якщо звичайно ви отримуєте $1000 на місяць, але минулого місяця обсяг роботи був меншим, тому ви отримали лише $900, вказуйте, що отримуєте $1000 на місяць. Якщо ви звичайно отримуєте понаднормову оплату, зазначте це, але тільки, якщо не працюєте понаднормово іноді. Якщо ви втратили роботу, або вам скоротили робочі години чи заробітну плату, вказуйте поточний дохід.

8. Наша сім'я користується статусом родини військовослужбовця; чи слід нам вказувати наші житлові та додаткові пільги як дохід? Якщо ваша сім'я бере участь у програмі Military Housing Privatization Initiative, і ви отримуєте дотацію на утримання сімей, такі пільги не слід вказувати як дохід. Окрім того, у осіб, яких наразі мобілізовано на службу, як сімейний дохід враховується лише та частка доходу мобілізованої особи, яка передається особою у розпорядження членів сім'ї. Грошові надбавки за участь у бойових діях, зокрема Deployment Extension Incentive Pay (заохочувальні виплати військовослужбовцям за мобілізацію (DEIP)), також не враховуються як доходи сім'ї, і вказувати їх не слід. Усі інші дотації слід вказувати як частину загального доходу сім'ї.

9. *(Pricing program only)* Чи перевірятиметься інформація, яку я надаю? Можливо. Ми можемо попросити вас надіслати письмове підтвердження з метою перевірки інформації, вказаної у формі. **Що робити у тому разі, якщо я не погоджуюся з рішенням, прийнятим за наданою у формі інформацією?** Вам слід звернутися до **[Center or Sponsoring Organization]**. Ви можете звернутися з проханням про розгляд вашої справи, написавши або зателефонувавши за вказаними контактними даними: **[name, address, phone number].**

У рамках надання допомоги за програмою CACFP жодна особа не повинна зазнати дискримінації через свою расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність.

Якщо у вас виникли інші запитання або вам потрібна допомога, зверніться за номером **[phone number].**

З повагою,

[signature]

[Insert Sponsor Letterhead]

Шановний керівник закладу!

Щоб отримати право на відшкодування закладам рівня «Tier I» або відшкодування на харчування, що надається вашим дітям відповідно до програми Child and Adult Care Food Program (CACFP), впровадженій Міністерством сільського господарства США, ви повинні заповнити, підписати та подати Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування, що додається.

1. Яким чином я можу отримати право на відшкодування закладам рівня «Tier I» для харчування, що надається дітям, які відвідують мій будинок? Ви повинні або (a) проживати у регіоні, який відповідає критеріям участі у програмі через скрутне економічне становище, що визначається відповідно до місця навчання або за даними перепису населення, або (b) підтвердити потребу внаслідок свого матеріального становища, надаючи інформацію у Формі відповідності доходів для отримання пільгового харчування, що додається.

2. Хто визначає відповідність критеріям закладу денного догляду рівня «Tier I»? Наша установа визначає, чи відповідає ваш заклад критеріям. Ми використовуватимемо інформацію, вказану вами у Формі відповідності доходів для отримання пільгового харчування. Обов'язково заповніть та підпишіть форму; вкажіть дохід усіх членів родини (не тільки комерційний дохід вашого закладу денного догляду сімейного типу); а також додайте відповідні підтвердження ваших доходів. Подайте заповнену форму та інші документи на адресу: **[at name, address, phone number].**

3. Які інші документи мені слід подавати разом із Формою відповідності доходів для отримання пільгового харчування? Якщо ваш заклад денного догляду сімейного типу здійснював комерційну діяльність впродовж минулого року, додайте копію останньої податкової декларації, зокрема бланк Schedule C; якщо ваша остання податкова декларація та бланк Schedule C більше не відображають ваш реальний дохід, ви можете подати документи, що підтверджують поточний стан доходів та витрат. Для цього додайте платіжні відомості вашої діяльності та інших джерел доходів. У документах, які ви надсилаєте, повинно бути зазначене ім'я особи, яка отримувала дохід, дата отримання доходу, обсяг доходу та періодичність отримання доходів.

4. Як мені отримати відшкодування на харчування, що надається моїм власним дітям? Відповідно до закону вам потрібно заповнити цю форму, якщо ви бажаєте отримувати відшкодування на харчування, яке надається вашим власним дітям. Навіть якщо ви проживаєте у регіоні зі скрутним економічним становищем, або ваш заклад класифіковано як заклад рівня «tier I», ви все одно повинні заповнити цю форму. Наша установа може перевіряти надану вами інформацію про доходи.

5. Якщо я не проживаю у регіоні зі скрутним економічним становищем або не бажаю подавати Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування, чи можу я у інший спосіб претендувати на відшкодування? Ви отримуватимете відшкодування на харчування, що надається дітям, які відвідують ваш заклад денного догляду сімейного типу, у меншому обсязі.

6. Чи перевірятиметься інформація, яку я надаю? Можливо. Ми можемо попросити вас надіслати письмове підтвердження з метою перевірки інформації, вказаної у формі. **Що робити у тому разі, якщо я не погоджуюся з рішенням, прийнятим за наданою у формі інформацією?** Вам слід звернутися до вашої спонсорської організації.

7. Кого слід вказувати як членів своєї сім'ї? Ви повинні вказати кожну особу, яка є членом вашої сім'ї, мешкає з вами (наприклад, дід та бабуся, інші родичі або друзі, що мешкають з вами) і з якою ви ділите свої доходи та витрати. Ви повинні вказати себе та всіх дітей, що мешкають з вами.

8. Як вказати інформацію про доходи та повідомити про зміни у стані працевлаштування? Дохід, який ви зазначаєте, повинен відображати загальний валовий дохід сім'ї відповідно до джерел доходів кожного члена сім'ї, отриманий впродовж останнього місяця. Якщо дохід за останній місяць не точно відображає ваше матеріальне становище, ви можете вказати свій узагальнений щомісячний дохід. Якщо жодних значних змін не відбулося, ви можете використати свій дохід за останній місяць як підставу для узагальнення. Якщо дохід вашої сім'ї дорівнює або є меншим, ніж суми, зазначені для сімей такого розміру у Схемі доходів, ви отримуватиме вищій рівень відшкодування. Після належного затвердження прав на безкоштовне або пільгове харчування відповідно до рівня доходів або діючого пільгового статусу за реєстраційним номером у програмах Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (раніше «Food Stamp»), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) або Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), ви зможете отримувати такі пільги впродовж періоду, що не перевищує 12 місяців. Проте вам слід повідомити нам, якщо хтось з членів вашої сім'ї стане безробітнім та втратить джерело доходів впродовж періоду бездіяльності, внаслідок чого ваша сім'я відповідатиме встановленим стандартам для отримання пільг.

9. Чи можу я заповнювати форму, якщо хтось з членів моєї родини не є громадянином США? Так. Ви або ваші діти не обов'язково повинні бути громадянами США.

10. Чи має значення наявність у мене прийомних дітей? Прийомна дитина має право на безкоштовне харчування незалежно від свого власного матеріального забезпечення або доходу сім'ї, в якій вона проживає. Сім'ї, які претендують на пільгове харчування для прийомних дітей, повинні звернутися до **[name, address, phone number].** Окрім того, прийомних дітей можна вказувати як членів сім'ї для визначення прав інших дітей такої сім'ї на отримання безкоштовного харчування або пільгового харчування зі знижкою.

11. Наша сім'я користується статусом родини військовослужбовця. Чи слід нам вказувати наші житлові та додаткові пільги як дохід? Якщо ваша сім'я бере участь у програмі Military Housing Privatization Initiative, і ви отримуєте дотацію на утримання сімей, такі пільги не слід вказувати як дохід. Окрім того, у осіб, яких наразі мобілізовано на службу, як сімейний дохід враховується лише та частка доходу мобілізованої особи, яка передається особою у розпорядження членів сім'ї. Грошові надбавки за участь у бойових діях, зокрема Deployment Extension Incentive Pay (заохочувальні виплати військовослужбовцям за мобілізацію (DEIP)), також не враховуються як доходи, і вказувати їх не слід. Усі інші дотації слід вказувати як частину загального доходу сім'ї.

У рамках надання допомоги за програмою CACFP жодна особа не повинна зазнати дискримінації через свою расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність.

Якщо у вас виникли інші запитання або вам потрібна допомога, зверніться за номером **[phone number].**

З повагою,

[signature]

ІНСТРУКЦІЇ З ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ (CACFP) - (догляд за дітьми)

Дотримуйтесь поданих нижче інструкцій, якщо члени вашої сім'ї користуються допомогою за програмами SNAP, TANF або FDPIR:

Частина 1: Вкажіть усіх дітей та членів сім'ї, які беруть участь у програмах.
Частина 2: Вкажіть реєстраційний номер для всіх членів вашої родини (зокрема дорослих), що отримують пільги за програмами [State SNAP], [State TANF] або [FDPIR] .
Частина 3: Пропустіть цю частину.
Частина 4: Пропустіть цю частину.
Частина 5: Підпишіть форму. Останні чотири цифри номера соціального страхування вказувати необов'язково.
Частина 6: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

Якщо ви заповнюєте форму на ПРИЙОМНУ ДИТИНУ, дотримуйтесь таких інструкцій:

Якщо **всі** діти, для яких заповнюється форма, прийомні, або ви подаєте форму на отримання пільг лише для прийомної дитини:

Частина 1: Вкажіть усіх прийомних дітей**.** Поставте галочку, щоб позначити, що дитина є прийомною.
Частина 2: Пропустіть цю частину.
Частина 3: Пропустіть цю частину.
Частина 4: Пропустіть цю частину.
Частина 5: Підпишіть форму. Номер соціального страхування вказувати необов'язково.
Частина 6: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

Якщо серед ваших дітей є прийомні діти.

Частина 1: Вкажіть усіх дітей та членів сім'ї, які беруть участь у програмі. Для всіх осіб, зокрема дітей, які не мають забезпечення, потрібно поставити галочку навпроти пункту «Немає доходів». Поставте галочку, якщо дитина є прийомною.
Частина 2: Якщо у жодного члена вашої родини немає реєстраційного номера, пропустіть цю частину.
Частина 3: Якщо дитина, для якої ви подаєте форму є бездомною, дитиною-мігрантом або втікачем, поставте галочку навпроти відповідного пункту та зверніться до [your school, homeless liaison, migrant coordinator]. Якщо ні, пропустіть цю частину.
Частина 4: Дотримуючись інструкцій, вкажіть у формі загальний дохід за поточний або минулий місяць.

Стовпчик А – Ім'я: Вкажіть ім'я та прізвище **кожного** члена вашої родини, що мешкає з вами і ділить з вами доходи та витрати незалежно від доходів (наприклад дідусь, бабуся, родичі або друзі, що мешкають з вами). Вкажіть себе та всіх дітей, які мешкають з вами. Якщо потрібно, використайте додатковий аркуш паперу.

Стовпчик В – Загальний дохід та періодичність отримання доходу: Для кожного члена родини вкажіть кожен тип доходу, що надходить впродовж місяця. Ви повинні вказати, як часто отримуєте гроші: кожен тиждень, кожен другий тиждень, двічі на місяць або кожен місяць.

Поле 1: Вкажіть **загальний валовий дохід** без відрахувань. Валовий дохід – це зароблена сума до відрахування податків та інших відрахувань. Вам доведеться дізнатися про цю суму з документів, або запитати у свого керівника.
Поле 2: Вкажіть суму, яку отримує кожна особа на місяць завдяки соціальному забезпеченню**,** дотаціям на дітей, аліментам.
Поле 3: Вкажіть пенсії, виплати соціального страхування, надходження Supplemental Security Income (SSI), пільги для ветеранів (VA), пільги непрацездатним.
Поле 4: Вкажіть ВСІ ІНШІ ДЖЕРЕЛА ДОХОДІВ, зокрема компенсації працівникам, безробітнім, компенсації профспілок страйкарям, регулярні внески від осіб, які не мешкають з вами, та усі інші типи доходів. ТІЛЬКИ підприємцям слід вказувати дохід після відрахування витрат, вказаних у полі 1. У Полі 4 слід вказувати відомості, що відносяться до власного бізнесу, фермерства або ренти. Не обов'язково вказувати дохід, що надходить завдяки пільгам програм SNAP, FDPIR, WIC або пільгам на державну освіту. Якщо ви берете участь у програмі Military Housing Privatization Initiative, або отримуєте грошові надбавки за участь у бойових діях, не обов'язково вказувати такі пільги як джерело доходу.

Частина 5: Дорослий член сім'ї повинен підписати форму і вказати останні чотири цифри номера соціального страхування або поставити галочку у відповідному полі, якщо номера соціального страхування немає.

Частина 6: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

ІНСТРУКЦІЇ З ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ (CACFP) - (догляд за дітьми)

Щодо УСІХ ІНШИХ ЧЛЕНІВ РОДИНИ, зокрема учасників програми WIC, дотримуйтесь таких інструкцій:

Частина 1: Вкажіть усіх дітей та членів сім'ї, які беруть участь у програмі. Для всіх осіб, зокрема дітей, які не мають забезпечення, потрібно поставити галочку навпроти пункту «Немає доходів».

Частина 2: Пропустіть цю частину.

Частина 3: Пропустіть цю частину.

Частина 4: Дотримуйтесь наведених нижче інструкцій, щоб вказати у формі загальний дохід родини за поточний або минулий місяць.

Стовпчик А – Ім'я: Вкажіть ім'я та прізвище **кожного** члена вашої родини, що мешкає з вами і ділить з вами доходи та витрати незалежно від доходів (наприклад дідусь, бабуся, родичі або друзі, що мешкають з вами). Вкажіть себе та всіх дітей, які мешкають з вами. Якщо потрібно, використайте додатковий аркуш паперу.

Стовпчик В – Загальний дохід та періодичність отримання доходу: Для кожного члена родини вкажіть кожен тип доходу, що надходить впродовж місяця. Ви повинні вказати, як часто отримуєте гроші: кожен тиждень, кожен другий тиждень, двічі на місяць або кожен місяць.

Поле 1: Вкажіть **загальний валовий дохід** без відрахувань. Валовий дохід – це зароблена сума до відрахування податків та інших відрахувань. Вам доведеться дізнатися про цю суму з документів, або запитати у свого керівника.
Поле 2: Вкажіть суму, яку отримує кожна особа на місяць завдяки соціальному забезпеченню**,** дотаціям на дітей, аліментам.
Поле 3: Вкажіть пенсії, виплати соціального страхування, надходження Supplemental Security Income (SSI), пільги для ветеранів (VA), пільги непрацездатним.
Поле 4: Вкажіть ВСІ ІНШІ ДЖЕРЕЛА ДОХОДІВ, зокрема компенсації працівникам, безробітнім, компенсації профспілок страйкарям, регулярні внески від осіб, які не мешкають з вами, та усі інші типи доходів. ТІЛЬКИ підприємцям слід вказувати дохід після відрахування витрат, вказаних у полі 1. У Полі 4 слід вказувати відомості, що відносяться до власного бізнесу, фермерства або ренти. Не обов'язково вказувати дохід, що надходить завдяки пільгам програм SNAP, FDPIR, WIC або пільгам на державну освіту. Якщо ви берете участь у програмі Military Housing Privatization Initiative, або отримуєте грошові надбавки за участь у бойових діях, не обов'язково вказувати такі пільги як джерело доходу.

Частина 5: Дорослий член сім'ї повинен підписати форму і вказати останні чотири цифри номера соціального страхування або поставити галочку у відповідному полі, якщо номера соціального страхування немає.

Частина 6: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

Цим пояснюється, як використовуватиметься надана вами інформація.

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо.

ІНСТРУКЦІЇ З ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ (CACFP) - (догляд за дорослими)

Дотримуйтесь наведених нижче інструкцій, якщо члени вашої сім'ї користуються допомогою за програмами SNAP, FDPIR, SSI або Medicaid:

Частина 1: Вкажіть тільки імена дорослих учасників програм.
Частина 2: Вкажіть реєстраційний номер для кожного учасника програми, що належить до вашої родини і отримує пільги за програмами [State SNAP], [FDPIR], [SSI] або [Medicaid].
Частина 3: Пропустіть цю частину.
Частина 4: Підпишіть форму. Останні чотири цифри номера соціального страхування вказувати необов'язково.
Частина 5: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

Щодо ВСІХ ІНШИХ ЧЛЕНІВ РОДИНИ дотримуйтесь наведених нижче інструкцій:

Частина 1: Вкажіть тільки імена дорослих учасників програм. Для будь-яких учасників, які не мають матеріального забезпечення, слід поставити галочку навпроти пункту «Немає доходів».

Частина 2: Пропустіть цю частину.

Частина 3: Дотримуйтесь наведених нижче інструкцій, щоб вказати у формі загальний дохід родини за поточний або минулий місяць.

Стовпчик А – Ім'я: Вкажіть ім'я та прізвище дорослих учасників програми, його дружину або чоловіка, утриманця(ів), що мешкають з вами та ділять з вами доходи та витрати.

Стовпчик В – Загальний дохід та періодичність отримання доходу: Для кожного члена вашої родини, який є учасником програми, його дружини або чоловіка та його утриманців вкажіть кожен тип доходу, що надходить протягом місяця. Ви повинні вказати, як часто отримуєте гроші: кожен тиждень, кожен другий тиждень, двічі на місяць або кожен місяць.

Поле 1: Вкажіть **загальний валовий дохід** без відрахувань**.** Валовий дохід – це зароблена сума до відрахування податків та інших відрахувань. Вам доведеться дізнатися про цю суму з документів, або запитати у свого керівника.
Поле 2: Вкажіть суму, яку отримує кожна особа на місяць завдяки соціальному забезпеченню**,** дотаціям на дітей, аліментам.
Поле 3: Вкажіть пенсії, виплати соціального страхування, пільги для ветеранів (VA), пільги непрацездатним.
Поле 4: Вкажіть ВСІ ІНШІ ДЖЕРЕЛА ДОХОДІВ, зокрема компенсації працівникам, безробітнім, компенсації профспілок страйкарям, регулярні внески від осіб, які не мешкають з вами, та усі інші типи доходів. ТІЛЬКИ підприємцям слід вказувати дохід після відрахування витрат, вказаних у полі 1. У Полі 4 слід вказувати відомості, що відносяться до власного бізнесу, фермерства або ренти. Не обов'язково вказувати дохід, що надходить завдяки пільгам програм SNAP, FDPIR, WIC або пільгам на державну освіту. Якщо ви берете участь у програмі Military Housing Privatization Initiative, або отримуєте грошові надбавки за участь у бойових діях, не обов'язково вказувати такі пільги як джерело доходу.

Частина 4: Дорослий член сім'ї повинен підписати форму і вказати останні чотири цифри номера соціального страхування або поставити галочку у відповідному полі, якщо номера соціального страхування немає.

Частина 5: Дайте відповідь на запитання, якщо вважаєте за потрібне.

Цим пояснюється, як використовуватиметься надана вами інформація.

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо.

ФОРМА ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ (CACFP) - (догляд за дітьми)

Частина 1. Усі члени родини

Імена дітей (дитини), що відвідують заклад :

Імена всіх членів родини (Ім'я, по-батькові, прізвище)	ПОСТАВТЕ ГАЛОЧКУ, ЯКЩО ДИТИНА ПРИЙОМНА (ПІД ЮРИДИЧНОЮ ОПІКОЮ СОЦІАЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ АБО СУДУ) * ЯКЩО ВСІ ДІТИ ПРИЙОМНІ, ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЧАСТИНИ 5, ЩОБ ПІДПИСАТИ ЦЮ ФОРМУ.	ПОСТАВТЕ ГАЛОЧКУ, ЯКЩО ДОХОДІВ НЕМАЄ
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑

Частина 2. Пільги: Якщо хтось із членів вашої родини отримує пільги за програмами , або , вкажіть імена та номери соціального страхування кожної особи, яка отримує пільги. **Якщо жоден не отримує таких пільг, перейдіть до частини 3.**

ІМ'Я:_____ РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР: _____

Частина 3. Якщо дитина, для якої заповнюється форма, є бездомною, дитиною-мігрантом або втікачем, поставте галочку у відповідному полі та зверніться до

Бездомний ❑ Дитина-мігрант ❑ Втікач ❑

Частина 4. Загальний валовий дохід родини (вкажіть обсяг та періодичність отримання доходів)

А. Ім'я (Вкажіть **тільки** членів родини, які отримують дохід)	**В. Валовий дохід та періодичність отримання доходу**			
	1. Заробіток без відрахувань	2. Соціальне забезпечення, дотація на дітей, аліменти	3. Пенсії, соц. виплати, соціальне страхування, дотації SSI, VA	4. Інші доходи
(Зразок) Джейн Сміт	$200/на тиждень__	$150/двічі на місяць_	$100/на місяць_____	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

Частина 5. Підпис та останні чотири цифри номера соціального страхування (підписує дорослий)

Форму повинен підписати дорослий член родини. **Якщо заповнюється Частина 3, дорослий, що підписує форму, повинен також вказати останні чотири цифри номера соціального страхування або поставите галочку «Немає номера».** (Див. положення на зворотному боці сторінки.)

Я підтверджую, що вся інформація, вказана у цій формі, є правдивою і відображає доходи у повному обсязі. Я розумію, що центр або заклад денного догляду отримуватиме державні кошти відповідно до наданих мною відомостей. Я розумію, що працівники CACFP можуть перевіряти надану інформацію. Я розумію, що якщо я навмисно вкажу неправильну інформацію, учасник програми може втратити пільги на харчування, а я можу нести юридичну відповідальність.

Поставте підпис: _____ Ім'я друкованими літерами: _____

Дата: _____

Адреса: _____ Номер телефону: _____

Місто: _____ Країна: _____ Індекс: _____

Останні чотири цифри номера соціального страхування: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ Немає номера соціального страхування

ФОРМА ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ (CACFP) - (догляд за дітьми)

Частина 6. Етнічна та расова приналежність відвідувача (необов'язково)	
Позначте етнічну групу:	Позначте галочкою расову приналежність:
❑ Латиноамериканець ❑ Не латиноамериканець	❑ Азіат ❑ Представник корінного народу Америки або Аляски ❑ Європеєць ❑ Представник корінного народу Гавайських або Тихоокеанських о-вів ❑ Чорношкірий або афроамериканець

Не заповнюйте цю частину. Її заповнюють працівники програми.

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:_____

Відвідувач закладу денного догляду може претендувати на безкоштовне або пільгове харчування, якщо дохід родини відповідає обмеженням за схемою.

Члени родини	Щорічно
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Кожна додаткова особа:	

Національний закон Ричарда Б. Рассела «Про шкільні обіди» вимагає надання інформації відповідно до цієї форми заяви. Ви не зобов'язані надавати інформацію, але, якщо ви її не надасте, ми не зможемо затвердити учасника як особу, що має право на безкоштовне або пільгове харчування. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування дорослого члена родини, що підписує форму заяви. Номер соціального страхування вказувати не обов'язково, якщо ви заповнюєте форму для прийомної дитини або вказуєте реєстраційний номер у програмах Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Program або Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), інший ідентифікатор (FDPIR), або вказуєте, що дорослий член родини, який підписує форму, не має номера соціального страхування (Social Security Number). Ми використаємо надану вами інформацію для визначення, чи має право відвідувач на отримання безкоштовного або пільгового харчування, а також з метою реалізації та впровадження програми.

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»

ФОРМА ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ (CACFP) - (догляд за дорослими)

Частина 1. Усі члени родини

Імена дорослих учасників:

Імена дорослих відвідувачів (Ім'я, по-батькові, прізвище)	ПОСТАВТЕ ГАЛОЧКУ, ЯКЩО ДОХОДІВ НЕМАЄ
	❑
	❑
	❑

Частина 2. Пільги: Якщо хтось із членів вашої родини отримує пільги за програмами , , або , вкажіть імена та номери соціального страхування кожної особи, яка отримує пільги. **Якщо жоден не отримує таких пільг, перейдіть до частини 3.**

ІМ'Я:_____ РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР: _____

Частина 3. Загальний валовий дохід родини (вкажіть обсяг та періодичність отримання доходів)

А. Ім'я (Вкажіть **тільки відвідувача(ів),** його дружину, чоловіка та його дітей, які знаходяться на утриманні)	**В. Валовий дохід та періодичність отримання доходу**			
	1. Заробіток без відрахувань	2. Соціальне забезпечення, дотація на дітей, аліменти	3. Пенсії, соц.. виплати, соціальне страхування, дотації SSI, VA	4. Інші доходи
(Зразок) Джейн Сміт	$200/на тиждень__	$150/двічі на місяць_	$100/на місяць_____	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

Частина 4. Підпис та останні чотири цифри номера соціального страхування

Форму повинен підписати дорослий член родини. **Якщо заповнюється Частина 3, дорослий, що підписує форму, повинен також вказати останні чотири цифри свого номера соціального страхування або поставити галочку навпроти пункту «Немає номера соціального страхування».** (Див. положення на зворотному боці сторінки.)

Я підтверджую, що вся інформація, вказана у цій формі, є правдивою і відображає доходи у повному обсязі. Я розумію, що центр або заклад денного догляду отримуватиме державні кошти відповідно до наданих мною відомостей. Я розумію, що працівники програми CACFP можуть перевіряти надану мною інформацію. Я розумію, що якщо я навмисно вкажу неправильну інформацію, учасник програми, який отримує харчування може втратити пільги, а я можу нести юридичну відповідальність.

Поставте підпис: _____ Ім'я друкованими літерами: _____

Дата: _____

Адреса: _____ Номер телефону:_____

Місто:_____ Країна: _____ Індекс: _____

Останні чотири цифри номера соціального страхування: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ Немає номера соціального страхування

Частина 5. Етнічна та расова приналежність відвідувача (необов'язково)

Позначте етнічну групу:	Позначте галочкою расову приналежність:
❑ Латиноамериканець ❑ Не латиноамериканець	❑ Азіат ❑ Представник корінного народу Америки або Аляски ❑ Європеєць ❑ Представник корінного народу Гавайських або Тихоокеанських о-вів ❑ Чорношкірий або афроамериканець

ФОРМА ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ (CACFP) - (догляд за дорослими)

Не заповнюйте цю частину. Її заповнюють працівники програми.

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:_____

Відвідувач закладу денного догляду може претендувати на безкоштовне або пільгове харчування, якщо дохід родини відповідає обмеженням за схемою.

Члени родини	Щорічно
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Кожна додаткова особа:	

Національний закон Ричарда Б. Рассела «Про шкільні обіди» вимагає надання інформації відповідно до цієї форми заяви. Ви не зобов'язані надавати інформацію, але, якщо ви її не надасте, ми не зможемо затвердити відвідувача як особу, що має право на безкоштовне або пільгове харчування. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування дорослого члена родини, що підписує форму заяви. Номер соціального страхування вказувати не обов'язково, якщо ви вказуєте реєстраційний номер учасника програм Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Program або Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), інший ідентифікатор (FDPIR) або вказуєте, що дорослий член родини, який підписує форму, не має номера соціального страхування (Social Security Number). Ми використаємо надану вами інформацію для визначення, чи має право відвідувач на отримання безкоштовного або пільгового харчування, а також з метою реалізації та впровадження програми.

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська).USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»

Ви повинні надіслати необхідну нам інформацію або звернутися до [name] раніше [date], в іншому випадку ваш центр більше не отримуватиме відшкодування за безкоштовне харчування або пільгового харчування зі знижкою, яке надається вашій дитині (дітям).

Центр/Спонсорська організація: **[Name]**

[Date]

Шановний **[Name]**!

Ми перевіряємо подану вами Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування за програмою CACFP. Ми зобов'язані це зробити, щоб переконатися у тому, що пільги за програмою CACFP надаються лише тим, хто має на них право. Ви повинні надіслати нам відповідну інформацію, щоб підтвердити наявність прав на пільги у **[name(s) of participant(s)]**.

Якщо можливо, надсилайте копії, а не оригінальні документи. Якщо ви надішлете оригінальні документи, ми повернемо вам їх на прохання. Не надсилайте свою картку EBT або інші пільгові картки, які вам потрібні.

1. Якщо ви отримували допомогу за програмами SNAP, TANF або FDPIR, коли подавали заяву на безкоштовне або пільгове харчування, або розпочали її отримувати після цього, надішліть нам копію одного з таких документів:

- Повідомлення про отримання сертифіката учасника SNAP, TANF або FDPIR, де вказана дата отримання сертифіката.
- Лист від працівника програми SNAP або закладу соціального забезпечення, де вказано, що вас затверджено як учасника програми SNAP або TANF.

2. Якщо ви отримали цього листа стосовно прийомної дитини:

Вкажіть ім'я та контактну інформацію особи в установі або у суді, яка може підтвердити, що дитина знаходиться під юридичною опікою такої установи або суду.

3. Якщо ви не отримуєте допомогу за програмами SNAP, TANF або FDPIR: Надішліть цю сторінку разом з документами, де зазначена сума грошей, яку ваша родина отримує з кожного джерела доходів. У документах, які ви надсилаєте, повинно бути зазначене **ім'я** особи, яка отримувала дохід, **дата** отримання доходу, **обсяг** доходу та **періодичність** отримання доходів. **Інформацію слід надсилати на адресу: [address].**

До розгляду приймаються такі документи:

Заробітна плата: Корінець чеку або конверт заробітної плати, де вказана сума та періодичність платежів; лист від роботодавця із зазначенням заробітної плати до відрахування податків, а також періодичність її отримання; документи, що підтверджують наявність власного підприємства або сільськогосподарського майна, наприклад бухгалтерські книги або податкові декларації.
Соціальне страхування, пенсії або допомога у разі відставки: Лист про призначення соціального забезпечення у разі відставки, виписка про отримані пільги або повідомлення про призначення пенсійного забезпечення.
Допомога безробітнім, інвалідам або компенсації працівникам: Повідомлення про надання допомоги від Центра зайнятості штату, корінець чеку або лист від спілки, що виплачує компенсації працівникам.
Виплати соціальної допомоги: Лист про надання пільг від соціальної організації.
Соціальне підтримка дітей або аліменти: Постанова суду, угода або копії отриманих чеків.
Інший дохід (наприклад, рента): Інформація з зазначенням суми доходу, що надходить, періодичності отримання доходу, а також дати його отримання.

Відсутність доходів: Коротка пояснювальна записка, де вказано, як ви та ваша родина отримуєте продукти харчування, одяг та користуєтесь житлом, а також коли очікується отримання доходів.
Програма Military Housing Privatization Initiative: Лист або контракт про оренду, де вказано, що житло надається на умовах програми Military Housing Privatization Initiative.

Період прийому документів про доходи: Будь ласка, подавайте документи, що підтверджують ваш рівень доходу, разом із формою заяви на отримання пільг. Якщо ви не володієте такою інформацією, ви можете подати документи від часу подання Форми відповідності доходів для отримання пільгового харчування за програмою CACFP до дати перевірки.

Якщо у вас виникли запитання або вам потрібна допомога, зверніться до **[name]** за номером **[phone number].**

З повагою,

[signature]

Національний закон Ричарда Б. Рассела «Про шкільні обіди» вимагає надання інформації відповідно до цієї форми відповідності доходів для отримання пільгового харчування. Ви не зобов'язані надавати інформацію, але, якщо ви її не надасте, ми не зможемо затвердити учасника як особу, що має право на безкоштовне харчування або пільгового харчування зі знижкою. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування всіх дорослих членів родини, зокрема відвідувача закладу з догляду для дітей. Номер соціального страхування вказувати не обов'язково, якщо ви заповнюєте форму для прийомної дитини або вказуєте реєстраційний номер учасника програм Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families Program (TANF), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), зазначаєте інший ідентифікатор (FDPIR) або вказуєте, що дорослий член родини, який підписує форму, не має номера соціального страхування (Social Security Number). Ми використаємо надану вами інформацію для визначення, чи має право учасник на отримання безкоштовного харчування або пільгового харчування зі знижкою, а також з метою реалізації та впровадження програми CACFP.

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»

Ви повинні надіслати необхідну нам інформацію або звернутися до [name] до [date], в іншому випадку ваш центр більше не отримуватиме відшкодування за безкоштовне або пільгове харчування, яке надається вашій дитині (дітям).

Центр/Спонсорська організація: **[Name]**

[Date]

Шановний **[Name]!**

Ми перевіряємо подану вами Форму відповідності доходів для отримання пільгового харчування за програмою CACFP. Ми зобов'язані це зробити, щоб переконатися у тому, що пільги за програмою CACFP надаються лише тим, хто має на них право. Ви повинні надіслати нам відповідну інформацію, щоб підтвердити наявність прав на пільги у **[name(s) of participant(s)]**.

Якщо можливо, надсилайте копії, а не оригінальні документи. Якщо ви надішлете оригінальні документи, ми повернемо вам їх на прохання. Не надсилайте свою картку EBT або інші пільгові картки, які вам потрібні.

1. Якщо ви отримували допомогу за програмами SNAP, FDPIR, SSI або Medicaid, коли подавали заяву на безкоштовне або пільгове харчування, або розпочали її отримувати після цього, надішліть нам копію одного з таких документів:

- Повідомлення про отримання сертифіката учасника SNAP, FDPIR, SSI або Medicaid, де вказана дата отримання сертифіката.
- Лист від працівника програми SNAP, де вказано, що вас затверджено як учасника SNAP.

2. Якщо ви не отримуєте допомогу за програмами SNAP, FDPIR, SSI або Medicaid: Надішліть цю сторінку разом з документами, де зазначена сума грошей, яку ваша родина отримує з кожного джерела доходів. У документах, які ви надсилаєте, повинно бути зазначене **ім'я** особи, яка отримувала дохід, **дата** отримання доходу, **обсяг** доходу та **періодичність** отримання доходів. **Інформацію слід надсилати на адресу: [address].**

До розгляду приймаються такі документи:

Заробітна плата: Корінець чеку або конверт заробітної плати, де вказана сума та періодичність платежів; лист від роботодавця із зазначенням заробітної плати до відрахування податків, а також періодичність її отримання; документи, що підтверджують наявність власного підприємства або сільськогосподарського майна, наприклад бухгалтерські книги або податкові декларації.
Соціальне страхування, пенсії або допомога у разі відставки: Лист про призначення соціального забезпечення у разі відставки, виписка про отримані пільги або повідомлення про призначення пенсійного забезпечення.
Допомога безробітнім, інвалідам або компенсації працівникам: Повідомлення про надання допомоги від Центра зайнятості штату, корінець чеку або лист від спілки, що виплачує компенсації працівникам.
Виплати соціальної допомоги: Лист про надання пільг від соціальної організації.
Соціальне підтримка дітей або аліменти: Постанова суду, угода або копії отриманих чеків.
Інший дохід (наприклад, рента): Інформація з зазначенням суми доходу, що надходить, періодичності отримання доходу, а також дати його отримання.

Відсутність доходів: Коротка пояснювальна записка, де вказано, як ви та ваша родина отримуєте продукти харчування, одяг та користуєтесь житлом, а також коли очікується отримання доходів.
Програма Military Housing Privatization Initiative: Лист або контракт про оренду, де вказано, що житло надається на умовах програми Military Housing Privatization Initiative.

Період прийому документів про доходи: Будь ласка, подавайте документи, що підтверджують ваш рівень доходу, разом із формою заяви на отримання пільг. Якщо ви не володієте такою інформацією, ви можете подати документи від часу подання Форми відповідності доходів для отримання пільгового харчування за програмою CACFP до дати перевірки.

Якщо у вас виникли запитання або вам потрібна допомога, зверніться до **[name]** за номером **[phone number].**

З повагою,

[signature]

Національний закон Ричарда Б. Рассела «Про шкільні обіди» вимагає надання інформації відповідно до цієї форми відповідності доходів для отримання пільгового харчування. Ви не зобов'язані надавати інформацію, але, якщо ви її не надасте, ми не зможемо затвердити відвідувача як особу, що має право на безкоштовне або пільгове харчування. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування всіх дорослих членів родини, зокрема відвідувача закладу з догляду за дорослими. Номер соціального страхування вказувати не обов'язково, якщо ви вказуєте реєстраційний номер у програмах Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) або інший ідентифікатор для програм FDPIR, SSI або Medicaid для відвідувача, який отримує пільги на харчування, або якщо ви вказуєте, що дорослий член вашої родини, який підписує форму заяви, не має номера соціального страхування. Ми використаємо надану вами інформацію для визначення, чи має право відвідувач на отримання безкоштовного або пільгового харчування, а також з метою реалізації та впровадження програми CACFP.

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»

МИ ПЕРЕВІРИЛИ ІНФОРМАЦІЮ У ВАШІЙ ФОРМІ ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ (CACFP) - (догляд за дітьми)

Центр/Спонсорська організація: **[Name]**

[Date:]

Шановний **[Name]!**

Ми перевірили надіслану вами інформацію, щоб переконатися в тому, що відвідувач **[name(s) of participant]** має право на безкоштовне або пільгове харчування у нашому закладі, і вирішили, що:

- ❑ Права відвідувача не змінилися.
- ❑ З **[date]** право відвідувача на отримання пільгового харчування зміниться **з права на пільгове харчування на право на безкоштовне харчування**, тому що перевірений дохід відповідає встановленим обмеженням для безкоштовного харчування. Відвідувач отримуватиме харчування безкоштовно.
- ❑ З **[date]** право відвідувача на отримання пільгового харчування зміниться **з права на безкоштовне харчування на право на пільгове харчування**, тому що перевірений дохід перевищує відповідні встановлені обмеження.
- ❑ З **[date] відвідувач більше не матиме права** на безкоштовне або пільгове харчування через таку причину(и):
  ___ У документах, зазначено, що ви не отримуєте допомогу за програмами SNAP, TANF або FDPIR.
  ___ Ваш дохід перевищує обмеження, встановлені для безкоштовного або пільгового харчування.
  ___ Ви не додали: _____
  ___ Ви не дали відповідь на наш запит.

  Якщо дохід вашої родини зменшився або кількість членів вашої родини зросла, ви можете заповнити інший бланк Форми відповідності доходів для отримання пільгового харчування (CACFP). Якщо ви не надали підтвердження відповідності критеріям, при повторному поданні форми вам доведеться це зробити.

Якщо ви не згодні з таким рішенням, ви можете обговорити його з **[name]** за телефоном **[phone]**. Ви також маєте право на справедливий розгляд своєї справи. Якщо ви розпочнете розгляд до **[date]**, відвідувач продовжуватиме отримувати безкоштовне або пільгове харчування, доки працівник програми не винесе рішення. Ви можете звернутися з проханням про розгляд вашої справи, написавши або зателефонувавши за вказаними контактними даними: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

З повагою,

[signature]

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.

МИ ПЕРЕВІРИЛИ ІНФОРМАЦІЮ У ВАШІЙ ФОРМІ ВІДПОВІДНОСТІ ДОХОДІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГОВОГО ХАРЧУВАННЯ (CACFP) - (догляд за дорослими)

Центр/Спонсорська організація: **[Name]**

[Date:]

Шановний **[Name]!**

Ми перевірили надіслану вами інформацію, аби переконатися в тому, що відвідувач **[name(s) of participant]** має право на безкоштовне або пільгове харчування у нашому закладі, і вирішили, що:

- ❑ Права відвідувача не змінилися.
- ❑ З **[date]** право відвідувача на отримання пільгового харчування зміниться **з права на пільгове харчування на право на безкоштовне харчування**, тому що перевірений дохід відповідає встановленим обмеженням для безкоштовного харчування. Відвідувач отримуватиме харчування безкоштовно.
- ❑ З **[date]** право відвідувача на отримання пільгового харчування зміниться **з права на безкоштовне харчування на право на пільгове харчування**, тому що перевірений дохід перевищує відповідні встановлені обмеження.
- ❑ З **[date] відвідувач більше не матиме права** на безкоштовне або пільгове харчування через таку причину(и):
  ___ У документах, зазначено, що ви не отримуєте допомогу за програмами SNAP, FDPIR, SSI або Medicaid.
  ___ Ваш дохід перевищує обмеження, встановлені для безкоштовного або пільгового харчування.
  ___ Ви не додали: _____
  ___ Ви не дали відповідь на наш запит.

  Якщо дохід вашої родини зменшився, або кількість членів вашої родини зросла, ви можете заповнити інший бланк Форми відповідності доходів для отримання пільгового харчування (CACFP). Якщо ви не надали підтвердження відповідності критеріям, при повторному поданні форми вам доведеться це зробити.

Якщо ви не згодні з таким рішенням, ви можете обговорити його з **[name]** за телефоном **[phone]**. Ви також маєте право на справедливий розгляд своєї справи. Якщо ви розпочнете розгляд до **[date]**, відвідувач продовжуватиме отримувати безкоштовне або пільгове харчування, доки працівник програми не винесе рішення. Ви можете звернутися з проханням про розгляд вашої справи, написавши або зателефонувавши за вказаними контактними даними: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

З повагою,

[signature]

Положення про неприпустимість дискримінації: Цим пояснюється, що робити у випадку, коли ви вважаєте, що до вас ставляться несправедливо. «Відповідно до федерального закону та політики Міністерства сільського господарства США, цей заклад не може чинити дискримінацію через расову приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, вік або інвалідність. Для подання скарги про дискримінацію, відправте її на адресу USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте за номером (866) 632-9992 (голосова відповідь). Особи з порушеннями слуху або з вадами мовлення можуть звернутися до USDA за допомогою Федеральної служби зв'язку (FRS) за номером телефону (800) 877-8339 або (800) 845-6136 (іспанська). USDA забезпечує рівні можливості для закладів та працівників.»

НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРАЦІВНИКАМ ПРОГРАМ MEDICAID/SCHIP

Шановні батьки/опікуни!

Якщо ваші діти відповідають критеріям для отримання безкоштовного або пільгового харчування, вони також можуть отримати безкоштовну або пільгову медичну страховку за програмою Medicaid або State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Діти, які мають медичну страховку, скоріше отримують регулярну допомогу лікаря і рідше хворіють.

Медичне страхування дуже важливе для здоров'я дітей, тому **закон дозволяє нам повідомляти працівників програм Medicaid та SCHIP про те, що ваша дитина має право на безкоштовне або пільгове харчування, *якщо ви прямо не попросите цього не робити***. Для участі у програмах Medicaid та SCHIP використовується тільки інформація, яка дозволяє ідентифікувати дитину, що може претендувати на допомогу за ними. Працівники програми можуть зв'язатися з вами, щоб запропонувати вам участь вашої дитини у відповідній програмі медичного страхування. Подання Форми відповідності доходів для отримання пільгового харчування за програмою CACFP не передбачає автоматичного включення вашої дитини до програми медичного страхування.

Якщо ви не бажаєте, щоб ми надавали вашу інформацію працівникам програм Medicaid або SCHIP, заповніть форму нижче і надішліть її разом з Формою заяви на пільгове харчування відповідно до доходів на адресу **[address] до [date].** (Надсилання цієї форми не вплине на право отримання безкоштовного або пільгового харчування вашою дитиною.)

❑ **Ні! Я НЕ ХОЧУ,** щоб інформація, вказана мною у Формі відповідності доходів для отримання пільгового харчування (CACFP), була надана працівникам програми Medicaid або State Children's Health Insurance Program.

Якщо ви поставили галочку, підтверджуючи заперечення, заповніть форму нижче.

Ім'я дитини: _____

Ім'я дитини: _____

Ім'я дитини: _____

Ім'я дитини: _____

Підпис батьків/опікунів: _____

Сьогоднішня дата: _____

Ваше ім'я друкованими літерами: _____

Адреса: _____

_____ _____

Для отримання додаткової інформації ви можете звернутися до **[name]** за телефоном **[phone]**