CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه

دستورالعمل برای مجریان طرح تغذیه مراکز مراقبت از کودکان و بزرگسالان ، مؤسسات حمایت کننده و فراهم کنندگان خدمات مراقبت روزانه خانوادگی خانه‌ای

این مجموعه شامل فرم‌های نمونه زیر است:

اطلاعات ضروری که *باید* به خانوارها و فراهم‌کنندگان خدمات مراقبت روزانه خانه‌ای ارائه شود:

- نامه به خانوارها: فراهم‌کنندگان خدمات مراقبت روزانه خانه‌ای از کودکان و Tier II و مراقبت روزانه از بزرگسالان
- نامه به Tier I و خدمات مراقبت روزانه خانوادگی خانه‌ای
- فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه: مراقبت روزانه از کودکان و مراقبت روزانه از بزرگسالان (با دستورالعمل)

توضیح: ایالت‌ها لازم نیست فرم‌های نمونه پیوست را مورد استفاده قرار دهند، اما باید اطمینان حاصل کنند که اطلاعات لازم ارائه شده است.

مدارك اعلام بررسی صلاحیت:

- ابلاغ انتخاب برای بررسی صلاحیت (فقط برای برنامه‌های قیمت‌گذاری): مراقبت روزانه از کودکان و مراقبت روزانه از بزرگسالان
- نامه اعلام نتایج بررسی (فقط برای برنامه‌های قیمت‌گذاری): مراقبت روزانه از کودکان و مراقبت روزانه از بزرگسالان

مدرك اختیاری مرتبط با درخواست که *ممکن است* به خانوارها ارائه شود:

- اشتراك اطلاعات با Medicaid و SCHIP

این صفحات برای چاپ در قطع ۸ ۱/۲ در ۱۱ اینچ طراحی شده‌اند. بعضی از صفحات ممکن است به صورت پشت و رو چاپ شوند. **[Bold bracketed fields]** نشان‌دهنده محل‌هایی هستند که شما باید اطلاعات فردی شخصی که برای کمك باید با او تماس گرفته شود و محل تسلیم فرم(های) پر شده را وارد کنید. شما باید نام ایالت خود را برای «کمك موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) ، یا برنامه دولتی بیمه درمانی کودکان (SCHIP) ، و در صورت امکان، «برنامه توزیع غذا در رزرویشن سرخپوستان (FDPIR) ، وارد کنید.

این بسته نمونه همچنین حاوی اطلاعاتی درباره عدم تخصیص کمك هزینه مسکن به افراد مشمول طرح خصوصی‌سازی مسکن نظامیان و برنامه‌های قیمت‌گذاری است. اگر این قسمت‌ها به شما مربوط نمی شود، می‌توانید آنها را حذف کنید.

نمایندگی ایالتی شما ممکن است از شما بخواهد بسته خود را تحویل دهید تا به تأیید برسد. اگر سؤالی دارید، لطفا با این محل تماس بگیرید:

[State agency address]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

ولی/ قیم محترم:

این نامه برای اولیا یا قیم کودکان ثبت نام شده در مراکز مراقبت از کودکان تنظیم شده است. **[Name of Center]** به عنوان قسمتی از مشارکت خود در طرح مراقبت تغذیه کودکان و بزرگسالان (CACFP) وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA) ، به تمامی کودکان غذای سالم می‌دهد. CACFP بازپرداخت هزینه وعده‌های غذای سالم و میان وعده های کودکان ثبت نام شده در طرح مراقبت از کودکان را برعهده دارد. لطفاً با تکمیل فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه پیوست، ما را در برآوردن نیازهای CACFP یاری کنید. بعلاوه، با پر کردن این فرم، ما می‌توانیم واجد شرایط بودن فرزند(ان) شما برای بهره‌مندی از غذای رایگان یا ارزان را تشخیص دهیم.

۱- آیا لازم است برای هر یك از کودکانم در برنامه مراقبت روزانه، یك فرم مزایای تغذیه پر کنم؟ شما می‌توانید یك فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP برای تمامی کودکان خانواده خود که در برنامه مراقبت از کودکان ثبت نام شده‌اند، پر کنید، **فقط** در صورتی که کودکان تحت مراقبت در یك مرکز ثبت نام شده باشند. ما نمی‌توانیم فرمی را که ناقص پر شده است، تأیید کنیم، بنابراین دستورالعمل را با دقت مطالعه کنید، سپس تمامی اطلاعات خواسته شده را در فرم بنویسید. **فرم تکمیل شده را به این آدرس بازگردانید: [(Name of Center, address, phone number**

۲- چه کسانی می‌توانند بدون ارائه اطلاعات درآمد خود، غذای رایگان دریافت کنند؟ کودکان یك خانواده که تحت پوشش برنامه کمك تغذیه تکمیلی (SNAP) (پیشتر کوپن غذا نامیده می‌شد)، کمك موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) ، یا برنامه توزیع غذا در رزرویشن سرخپوستان (FDPIR) هستند، می‌توانند غذای رایگان دریافت کنند. فرزندخوانده‌ها (کودکان رضاعی) و کودکانی که در برنامه هِد استارت ثبت نام شده‌اند نیز مستحق دریافت غذای رایگان هستند. کودکان خانواده‌های تحت پوشش WIC، ممکن است واجد شرایط دریافت غذای رایگان باشند.

۳- چه کسانی می‌توانند غذای ارزان دریافت کنند؟ اگر درآمد خانواده شما در محدوده شمول غذای ارزان مندرج در جدول درآمدهای فدرال که در این فرم درخواست آمده است، قرار داشته باشد، کودکان شما می‌توانند غذای ارزان دریافت کنند. کودکان خانواده‌های تحت پوشش WIC، ممکن است واجد شرایط دریافت غذای ارزان باشند.

۴- اگر یکی از اعضای خانواده من شهروند ایالات متحده نباشد،آیا می‌توانم فرمی پر کنم؟ بله. شما یا فرزندان شما برای بهره‌مندی از مزایای تغذیه ارائه شده در مراکز مراقبت از کودکان، لازم نیست شهروند ایالات متحده باشید.

۵- چه کسانی عضو خانوار من محسوب می شوند؟ شما باید تمامی افرادی را که در درآمد و هزینه‌ها سهیم هستند (مثل پدربزرگ و مادر بزرگ، سایر خویشاوندان، یا دوستانی که با شما زندگی می‌کنند)، عضو خانواده خود محسوب کنید. شما باید خود و کودکانی را که با شما زندگی می‌کنند، نیز به شمار آورید. شما همچنین می توانید فرزندخوانده‌هایی را که با شما زندگی می‌کنند، عضو خانوار خود محسوب کنید.

۶- چگونه اطلاعات درآمد و تغییرات در وضعیت شغلی خود را گزارش دهم؟ درآمدی که شما گزارش می‌کنید باید مجموع درآمد ناخالص همه اعضای خانوار در آخرین ماه، مرتب شده براساس منبع درآمد باشد. اگر درآمد آخرین ماه به وضوح انعکاس دهنده شرایط شما نیست، می‌توانید تخمین تقریبی درآمد ماهانه خود را ارائه دهید. اگر تغییر مهمی روی نداده است، می‌توانید درآمد آخرین ماه را مبنای این تخمین قرار دهید. اگر درآمد خانواده شما برابر یا کمتر از مقادیر مشخص شده برای جمعیت خانواده شما در جدول درآمد پیوست است، این مرکز بازپرداخت بیشتری را دریافت خواهد کرد. آن وقت که شما به نحو صحیح برای دریافت مزایای رایگان یا ارزان مورد تأیید قرار بگیرید، خواه از طریق اعلام درآمد یا با ارائه شماره پرونده موجود خود در SNAP، TANF، FDPIR، استحقاق شما برای بهره‌مندی از مزایای مذکور برای ۱۲ ماه معتبر خواهد بود. به هر حال، هرگاه شما یا فردی از افراد خانواده شما بیکار شود و از دست دادن درآمد موجب شود که درآمد خانواده شما در استاندارد استحقاق قرار گیرد، باید مراتب را به ما اطلاع دهید.

۷- اگر درآمد من همیشه یکسان نباشد، چه خواهد شد ؟ مقدار پولی که معمولاً دریافت می‌کنید را بنویسید. به عنوان مثال، اگر به طور معمول ماهانه ۱۰۰۰ دلار دریافت می‌کنید، اما کاری را در ماه گذشته از دست داده‌اید و تنها ۹۰۰ دلار دریافت نموده‌اید، بنویسید که ماهی ۱۰۰۰ دلار دریافت می‌کنید. اگر معمولاً اضافه‌کاری می‌کنید، مبلغ آن را نیز به درآمد خود بیافزایید، اما نه در صورتی که فقط گاهی اضافه‌کاری می‌کنید.

۸- اگر فرزندخوانده داشته باشم، چه خواهد شد؟ فرزندخوانده‌های تحت سرپرستی قانونی یك مؤسسه مراقبت از کودکان رضاعی یا دادگاه، واجد شرایط دریافت غذای رایگان هستند. هریك از فرزندخوانده‌ها بدون توجه میزان درآمد، واجد شرایط دریافت غذای رایگان هستند. خانواده‌ها می‌توانند نام فرزندخوانده‌ها را در فرم مزایای تغذیه ثبت کنند، اما لازم نیست مبالغی را که برای فرزندخوانده‌ها دریافت می‌کنند، جزو درآمد محسوب کنند. خانواده‌هایی که مایل هستند برای بهره‌مندی فرزندخوانده‌های خود از این گونه مزایا اقدام کنند، باید با این آدرس تماس بگیرند: **[(Name, address, phone number**

۹- ما نظامی هستیم، آیا باید کمك هزینه‌های مسکن و تکمیلی را به عنوان درآمد محسوب کنیم؟ اگر مسکن شما در طرح خصوصی‌سازی مسکن نظامیان قرار دارد و شما کمك هزینه تکمیلی امرار معاش خانواده دریافت می‌کنید، این کمکها را جزو درآمد خود محسوب نکنید. همچنین در مورد نظامیان مستقر در مناطق جنگی، فقط آن قسمت از درآمد این گونه نظامیان که دراختیارشان قرار می‌گیرد یا از طرف آنها به خانواده آنها پرداخت می‌شود، به عنوان درآمد خانواده به شمار می‌آید. فوق‌العاده رزم شامل پاداش تمدید حضور در مناطق جنگی (DEIP)، نیز مستثنا هستند و جزو درآمد خانواده محسوب نمی‌شوند. بقیه انواع کمك هزینه‌ها باید به عنوان درآمد ناخالص شما محاسبه شوند.

۱۰- *(Pricing program only)* آیا اطلاعاتی که ارائه می‌کنم، بررسی خواهد شد؟ احتمال دارد. ممکن است برای بررسی اطلاعاتی که در فرم ارائه کرده‌اید، از شما مدرك کتبی درخواست کنیم. **اگر با تصمیم اتخاذ شده درباره اطلاعاتی که در این فرم درج کرده‌ام، مخالف باشم، چه خواهد شد؟** شما باید با این مرجع صحبت کنید **[Center or Sponsoring Organization]** .

در اجرای برنامه‌های تغذیه کودکان، هیچ فردی به دلایل نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنس، سن یا معلولیت، مورد تبعیض قرار نمی‌گیرد.

اگر سؤالات دیگری دارید یا به کمك نیاز دارید، با شماره تلفن **[Phone number]** تماس بگیرید.

با تقدیم احترام،

[signature]

[Insert Sponsoring Organization Letterhead]

ولی / قیم محترم:
این نامه برای والدین و یا قیم های کودکانی در نظر گرفته شده که در خانه مراقبت روزانه خانوادگی ثبت نام شده‌اند. **[Name of day care home]** به عنوان قسمتی از مشارکت خود در طرح مراقبت تغذیه کودکان و بزرگسالان (CACFP) وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA). CACFP بازپرداخت هزینه وعده‌های غذای سالم و میان وعده های کودکان ثبت نام شده در طرح مراقبت از کودکان را برعهده دارد. لطفاً با تکمیل فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه پیوست، ما را در برآوردن نیازهای CACFP یاری کنید.

۱. آیا لازم است که یك فرم واجد شرایطی مزایای تغذیه پر کنم تا فرزند(ان)م بتوانند مزایای CACFP دریافت کنند؟ نه خیر، ولی اگر آن کار را انجام بدهید، از بابت غذایی که به کودک شما داده می‌شود باز پرداخت بیشتری به فراهم کننده خدمات مراقبت می تواند داده شود. اگر فرم را پر کردید اختیارش را دارید که آن را مستقیما به ارایه دهنده سرویس مراقبت یا نهاد حامی آنها **[Sponsor's Name]** ببرید. اگر مایلید که فرم تکمیل شده تان را مستقیما به نهاد حامی برنامه مراقبت بدهید، آنرا بفرستید به: **[(Sponsor) at name, address, phone number]** .

___ اگر میخواهید اجازه بدهید که فراهم کننده خدمات مراقبتی **[Provider's Name]** فرم را از شما دریافت کرده و آن را به نهاد حامی این برنامه بدهد، حروف اول نام و نام خانوادگی تان را روی خط تیره کوتاه اول این سطر بنویسید. **[Provider's Name]** فرم شما را مورد بررسی قرار نخواهد داد.

۲. **آیا لازم است برای هر یك از کودکانم در برنامه مراقبت روزانه، یك فرم مزایای تغذیه پر کنم؟** شما می‌توانید یك فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP برای تمامی کودکان خانواده خود که در برنامه مراقبت از کودکان ثبت نام شده‌اند پر کنید، **فقط** در صورتی که کودکان تحت مراقبت در یك خانه مراقبت ثبت نام شده باشند . ما نمی‌توانیم فرمی را که ناقص پر شده است، تأیید کنیم، بنابراین دستورالعمل را با دقت مطالعه کنید، سپس تمامی اطلاعات خواسته شده را در فرم بنویسید.

۳. چه کسی واجد شرایط بازپرداخت بالاتر بدون ارائه اطلاعات درآمدی است؟ فراهم کننده خدمات مراقبتی شما از بابت وعده غذاهایی که فراهم میکند به فرزند و فرزندخوانده های یك خانوار تحت پوشش برنامه کمك تغذیه تکمیلی (SNAP) (پیشتر کوپن غذا نامیده می‌شد)، کمك موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) ، یا برنامه توزیع غذا در رزرویشن سرخپوستان (FDPIR) هستند، بازپرداخت بالاتری دریافت خواهد کرد. کودکان خانواده‌های تحت پوشش WIC، ممکن است واجد شرایط بازپرداخت بالاتر باشند.

۴. چه کسی بر حسب درآمد، واجد شرایط دریافت بازپرداخت بالاتری است؟ اگر میزان درآمد خانوار شما درمحدوده واجد شرایط برای غذای رایگان یا ارزان قیمت باشد که در جدول درآمدی فدرال که در این درخواست نامه نشان داده شده است، در آن صورت فراهم کننده خدمات مراقبتی شما ممکن است از بابت وعده غذاهایی که برای کودکان شما فراهم میکند بازپرداخت بالاتری دریافت کند. کودکان خانواری که در WIC اشتراک دارد ممکن است واجد شرایط بازپرداخت بالاتر باشند.

۵- اگر یکی از اعضای خانواده من شهروند ایالات متحده نباشد،آیا می‌توانم فرمی پر کنم؟ بله. شما یا فرزندان شما برای بهره‌مندی از مزایای تغذیه ارائه شده در خانه های مراقبت روزانه، لازم نیست شهروند ایالات متحده باشید.

۶. چه کسانی را باید جزو اعضای خانوارم حساب کنم؟ شما باید تمامی افرادی را که در درآمد و هزینه‌ها سهیم هستند (مثل پدربزرگ و مادر بزرگ، سایر خویشاوندان، یا دوستانی که با شما زندگی می‌کنند)، عضو خانواده خود حساب کنید. شما باید خود و کودکانی را که با شما زندگی می‌کنند، نیز به شمار آورید. شما همچنین می توانید فرزندخوانده‌هایی را که با شما زندگی می‌کنند، عضو خانوار خود حساب کنید.

۷. اطلاعات درآمد و تغییرات در وضعیت شغلی خود را چگونه گزارش دهم؟ درآمدی که شما گزارش می‌کنید باید مجموع درآمد ناخالص همه اعضای خانوار در آخرین ماه، مرتب شده براساس منبع درآمد باشد. اگر درآمد آخرین ماه به وضوح انعکاس دهنده شرایط شما نیست، می‌توانید تخمین تقریبی درآمد ماهانه خود را ارائه دهید. اگر تغییر مهمی روی نداده است، می‌توانید درآمد آخرین ماه را مبنای این تخمین قرار دهید. اگر درآمد خانواده شما برابر یا کمتر از مقادیر مشخص شده برای جمعیت خانواده شما در جدول درآمد پیوست است، این مرکز بازپرداخت بیشتری را دریافت خواهد کرد. آن وقت که شما به نحو صحیح برای دریافت مزایای رایگان یا ارزان مورد تأیید قرار بگیرید، خواه از طریق اعلام درآمد یا با ارائه شماره پرونده موجود خود در SNAP، TANF، یا FDPIR، استحقاق شما برای بهره‌مندی از مزایای مذکور برای ۱۲ ماه معتبر خواهد بود. به هر حال، هرگاه شما یا فردی از افراد خانواده شما بیکار شود و از دست دادن درآمد موجب شود که درآمد خانواده شما در استاندارد استحقاق قرار گیرد، باید مراتب را به ما اطلاع دهید.

۸. اگر درآمد من همیشه یکسان نباشد، چه خواهد شد ؟ مقدار پولی که معمولاً دریافت می‌کنید را بنویسید. به عنوان مثال، اگر به طور معمول ماهانه ۱۰۰۰ دلار دریافت می‌کنید، اما کاری را در ماه گذشته از دست داده‌اید و تنها ۹۰۰ دلار دریافت نموده‌اید، بنویسید که ماهی ۱۰۰۰ دلار دریافت می‌کنید. اگر معمولاً اضافه‌کاری می‌کنید، مبلغ آن را نیز به درآمد خود بیافزایید، اما نه در صورتی که فقط گاهی اضافه‌کاری می‌کنید.

۹. اگر فرزندخوانده داشته باشم، چه خواهد شد؟ فرزندخوانده‌های تحت سرپرستی قانونی یك مؤسسه مراقبت از کودکان رضاعی یا دادگاه، به صورت خودکار واجد شرایط دریافت بازپرداخت بالاتر هستند. هر فرزندخوانده‌ای بدون توجه میزان درآمد، واجد شرایط است. خانواده‌ها می‌توانند نام فرزندخوانده‌ها را در فرم مزایای تغذیه ثبت کنند، اما لازم نیست مبالغی را که برای فرزندخوانده‌ها دریافت می‌کنند، جزو درآمد محسوب کنند. خانواده‌هایی که مایل هستند برای بهره‌مندی فرزندخوانده‌های خود از این گونه مزایا اقدام کنند، باید با این آدرس تماس بگیرند: **[Name, address, phone number]**

۱۰. ما نظامی هستیم، آیا باید کمك هزینه‌های مسکن و تکمیلی را به عنوان درآمد محسوب کنیم؟ اگر مسکن شما در طرح خصوصی‌سازی مسکن نظامیان قرار دارد و شما کمك هزینه تکمیلی امرار معاش خانواده دریافت می‌کنید، این کمکها را جزو درآمد خود محسوب نکنید. همچنین در مورد نظامیان مستقر در مناطق جنگی، فقط آن قسمت از درآمد این گونه نظامیان که دراختیارشان قرار می‌گیرد یا از طرف آنها به خانواده آنها پرداخت می‌شود، به عنوان درآمد خانواده به شمار می‌آید. فوق‌العاده رزم شامل پاداش تمدید حضور در مناطق جنگی (DEIP) نیز مستثنا هستند و جزو درآمد خانواده محسوب نمی‌شوند. بقیه انواع کمك هزینه‌ها باید به عنوان درآمد ناخالص شما محاسبه شوند.

در اجرای برنامه‌های تغذیه کودکان، هیچ فردی به دلایل نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنس، سن یا معلولیت، مورد تبعیض قرار نمی‌گیرد. اگر سؤالات دیگری دارید یا به کمك نیاز دارید، با شماره تلفن **[Phone number]** تماس بگیرید.

با تقدیم احترام،

[signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

ولی / قیم محترم:

CACFP به موسسه های مراقبت از بزرگسالانی که به بزرگسالان دچار ازکارافتادگی بدنی و یا سن ۶۰ سال و به بالا خدمات همه جانبه سازمان یافته بیرون از موسسه ارائه می‌دهند، بازپرداخت هزینه غذا عرضه می‌دارد. با تکمیل فرم پیوستی درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه، آن مراکز می‌توانند از بازپرداخت مذکور برخوردار بشوند، که بنا بر تعداد مشترکین ثبت نام شده‌ای است که واجد شرایط دریافت غذای رایگان و یا ارزان قیمت می‌باشند.

۱.آیا لازم است برای هریک از بزرگسالان دریافت کننده خدمات مراقبت روزانه فرم مزایای تغذیه پر کنم؟ شما **ممکن است** که یک فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP برای بزرگسالانی که در برنامه مراقبت روزانه ثبت نام هستند پر کنید، **فقط** در صورتی که آنان در یك مرکز ثبت نام شده باشند. ما نمی‌توانیم فرمی را که ناقص پر شده است، تأیید کنیم، بنابراین دستورالعمل را با دقت مطالعه کنید، سپس تمامی اطلاعات خواسته شده را در فرم بنویسید. **فرم تکمیل شده را به**

[(Center) at name, address, phone number] برگردانید.

۲. چه کسانی می‌توانند غذای رایگان بگیرند؟ بزرگسالان خانوار مشمول برنامه کمك تغذیه تکمیلی (SNAP) (پیشتر کوپن غذا نامیده می‌شد)، توزیع غذا در رزرویشن سرخپوستان (FDPIR) ، مکمل تامین اجتماعی (SSI) یا مزایای مدیکید Medicaid می‌توانند غذای رایگان بگیرند. بزرگسالانی که در WIC اشتراک دارند ممکن است واجد شرایط غذای رایگان باشند.

۳. چه کسانی می‌توانند غذای ارزان قیمت بگیرند؟ بزرگسالان خانوار شما میتوانند غذای ارزان قیمت بگیرند به این شرط که میزان درآمد خانوار شما در محدوده معین برای دریافت آن طبق جدول فدرال درآمدی نشان دادهشده در این درخواستنامه باشد. بزرگسالانی که در WIC اشتراک دارند ممکن است واجد شرایط غذای ارزان قیمت باشند.

۴. اگر یکی از اعضای خانواده من شهروند ایالات متحده نباشد،آیا می‌توانم فرمی پر کنم؟ بله. شما یا بزرگسالی که تحت مراقبت شما است برای بهره‌مندی از مزایای تغذیه ارائه شده در مراکز مذکور، لازم نیست شهروند ایالات متحده باشید.

۵. چه کسانی عضو خانوار من محسوب می شوند؟ شما باید فقط بزرگسالی که تحت مراقبت شما است، همسر او، و بستگانش را که در درآمد و هزینه های خانوارتان سهیم هستند را عضو خانواده خود محسوب کنید.

۶. چگونه اطلاعات درآمد و تغییرات در وضعیت شغلی خود را گزارش دهم؟ درآمدی که شما گزارش می‌کنید باید مجموع درآمد ناخالص همه اعضای خانوار در آخرین ماه، مرتب شده براساس منبع درآمد باشد. اگر درآمد آخرین ماه به وضوح انعکاس دهنده شرایط شما نیست، می‌توانید تخمین تقریبی درآمد ماهانه خود را ارائه دهید. اگر تغییر مهمی روی نداده است، می‌توانید درآمد آخرین ماه را مبنای این تخمین قرار دهید. اگر درآمد خانواده شما برابر یا کمتر از مقادیر مشخص شده برای جمعیت خانواده شما در جدول درآمد پیوست است، موسسه مراقبت روزانه بزرگسالان بازپرداخت بیشتری را دریافت خواهد کرد. آن وقت که شما به نحو صحیح برای دریافت مزایای رایگان یا ارزان مورد تأیید قرار بگیرید، خواه از طریق اعلام درآمد یا با ارائه شماره پرونده موجود خود در SNAP، TANF، یا شماره کمك FDPIR، Medicaid استحقاق شما برای بهره‌مندی از مزایای مذکور برای ۱۲ ماه معتبر خواهد بود. به هر حال، هرگاه شما یا فردی از افراد خانواده شما بیکار شود و از دست دادن درآمد موجب شود که درآمد خانواده شما در استاندارد استحقاق قرار گیرد، باید مراتب را به ما اطلاع دهید.

۷. اگر درآمد من همیشه یکسان نباشد، چه خواهد شد ؟ مقدار پولی که معمولاً دریافت می‌کنید را بنویسید. به عنوان مثال، اگر به طور معمول ماهانه ۱۰۰۰ دلار دریافت می‌کنید، اما کاری را در ماه گذشته از دست داده‌اید و تنها ۹۰۰ دلار دریافت نموده‌اید، بنویسید که ماهی ۱۰۰۰ دلار دریافت می‌کنید. اگر معمولاً اضافه‌کاری می‌کنید، مبلغ آن را نیز به درآمد خود بیافزایید، اما نه در صورتی که فقط گاهی اضافه‌کاری می‌کنید.

۸. ما نظامی هستیم، آیا باید کمك هزینه‌های مسکن را به عنوان درآمد محسوب کنیم؟ اگر مسکن شما در طرح خصوصی‌سازی مسکن نظامیان قرار دارد و شما کمك هزینه تکمیلی امرار معاش خانواده دریافت می‌کنید، این کمکها را جزو درآمد خود محسوب نکنید. همچنین در مورد نظامیان مستقر در مناطق جنگی، فقط آن قسمت از درآمد این گونه نظامیان که دراختیارشان قرار می‌گیرد یا از طرف آنها به خانواده آنها پرداخت می‌شود، به عنوان درآمد خانواده به شمار می‌آید. فوق‌العاده رزم شامل پاداش تمدید حضور در مناطق جنگی (DEIP) نیز مستثنا هستند و جزو درآمد خانواده محسوب نمی‌شوند. بقیه انواع کمك هزینه‌ها باید به عنوان درآمد ناخالص شما محاسبه شوند.

۹. *(Pricing program only)* آیا اطلاعاتی که ارائه می‌کنم، بررسی خواهد شد؟ احتمال دارد. ممکن است برای بررسی اطلاعاتی که در فرم ارائه کرده‌اید، از شما مدرك کتبی درخواست کنیم. **اگر با تصمیم اتخاذ شده درباره اطلاعاتی که در این فرم درج کرده‌ام، مخالف باشم، چه خواهد شد؟** شما باید با این مرجع صحبت کنید **[Center or Sponsoring Organization]** . شما نیز میتوانید با تماس شفاهی یا کتبی با **[name, address, phone number]** تقاضای حضوریابی در نزد مسئولین برای ابراز اظهاراتتان به آنان در آن رابطه بکنید.

در اجرای برنامه CACFP ، هیچ فردی به دلایل نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنس، سن یا معلولیت، مورد تبعیض قرار نمی‌گیرد.

اگر سؤالات دیگری دارید یا به کمك نیاز دارید، با شماره تلفن **[Phone number]** تماس بگیرید.

با تقدیم احترام،

[signature]

[Insert Sponsor Letterhead]

ارائه دهنده گرامی خدمات:

برای واجد شرایط شدن بازپرداخت Tier I ، یا اگر می‌خواهید از بابت غذاهای داده شده به فرزندان خود تحت طرح مراقبت تغذیه کودکان و بزرگسالان (CACFP) بازپرداختی دریافت کنید، شما باید فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه در پیوست را پر کرده، امضا، و به ما برگردانید.

۱. چطور می‌توانم واجد شرایط بازپرداخت Tier I برای غذاهایی که در منزلم به کودکان ثبت نام شده داده شده، بشوم؟ شما باید یا (a) در ناحیه‌ای زندگی بکنید که طبق آمار سرشماری و یا ثبت نام مدارس از لحاظ نیاز مالی واجد شرایط به شمار آمده، و یا (b) نیاز مالی تان را از طریق اطلاعاتی که در فرم پیوستی درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه ارائه می‌دهید، معین سازید.

۲. چه کسی واجد شرایط بودن من را به عنوان ارائه دهنده خدمات خانه مراقبت روزانه Tier I تعیین می‌کند؟ دفتر ما چگونگی واجد شرایط بودنتان را تعیین خواهد کرد. ما از اطلاعاتی که در فرم مزایای تغذیه برایمان درج خواهید کرد استفاده خواهیم نمود. حتما فرم را تکمیل و امضا کنید؛ همه درآمد خانوار را گزارش دهید (نه فقط درآمد حاصل از خدمات مراقبت روزانه خانوادگی که در خانه‌تان ارائه می‌دهید)؛ و مدارک مناسبی از درآمدهایتان را فراهم کنید. **فرم پرشده و دیگر مدارک را بفرستید به: [at name, address, phone number] .**

۳. چه مدارکی را باید همراه فرم مزایای تغذیه فراهم کنم؟ اگر سال پیش در منزلتان خدمات مراقبت روزانه خانگی ارائه می‌دادید، یک کپی از آخرین مدرک پرداخت مالیاتتان را، منجمله Schedule C ارائه کنید. اگر مدرک پرداخت مالیات و Schedule C دیگر نمودار صحیحی از درآمدتان نیست، آنوقت می‌توانید مدارکی را که سطح درآمد و هزینه های کنونی شما را مستند میکند ارائه دهید.

۴. چگونه از بابت تغذیه فرزندان خودم بازپرداخت دریافت خواهم کرد؟ اگر قصد دارید برای غذاهایی که به فرزندان خودتان داده‌اید نیز شامل بازپرداخت شوید، طبق قانون شما مستلزم تکمیل این فرم هستید. حتی اگر هم در ناحیه‌ای زندگی میکنید که جزو مناطق محتاج به کمک مالی مشخص شده، یا اینکه قبلا به عنوان خانوار tier I مشخص شده‌اید، شما باید این فرم را پر کنید. دفتر ما ممکن است صحت اطلاعات درآمدی را که فراهم کرده‌اید مورد تحقیق قرار بدهد.

۵. اگر در مناطق نیازمند کمک های مالی زندگی نمیکنم و یا مایل نیستم که فرم مزایای تغذیه پر کنم، آن وقت چه گزینه هایی برای دریافت بازپرداخت دارم؟ میزان مبلغ بازپرداختی برای تغذیه فرزندانتان که در مراقبت روزانه خانه‌ای تان ثبت نام شده‌اند کمتر خواهد بود.

۶. آیا اطلاعاتی که فراهم خواهم کرد مورد بررسی قرار خواهند گرفت؟ شاید. ما ممکن است از شما درخواست کنیم که برای اثبات صحت اطلاعاتی که در فرم درج کرده‌اید مدرک کتبه ارائه بدهید. **اگر با تصمیم اتخاذ شده درباره اطلاعاتی که در این فرم درج کرده‌ام، مخالف باشم، چه خواهد شد؟** آنوقت باید با سازمانی که حامی شما است تماس حاصل کنید.

۷. چه کسانی عضو خانوار من محسوب می شوند؟ شما باید تمامی افرادی را که در درآمد و هزینه‌ها سهیم هستند (مثل پدربزرگ و مادر بزرگ، سایر خویشاوندان، یا دوستانی که با شما زندگی می‌کنند)، عضو خانواده خود محسوب کنید. شما باید خود و کودکانی را که با شما زندگی می‌کنند، نیز به شمار آورید.

۸. چگونه اطلاعات درآمد و تغییرات در وضعیت شغلی خود را گزارش دهم؟ درآمدی که شما گزارش می‌کنید باید مجموع درآمد ناخالص همه اعضای خانوار در آخرین ماه، مرتب شده براساس منبع درآمد باشد. اگر درآمد آخرین ماه به وضوح انعکاس دهنده شرایط شما نیست، می‌توانید تخمین تقریبی درآمد ماهانه خود را ارائه دهید. اگر تغییر مهمی روی نداده است، می‌توانید درآمد آخرین ماه را مبنای این تخمین قرار دهید. اگر درآمد خانواده شما برابر یا کمتر از مقادیر مشخص شده برای جمعیت خانواده شما در جدول درآمد پیوست است، بازپرداخت بیشتری را دریافت خواهید کرد. آن وقت که شما به نحو صحیح برای دریافت مزایای رایگان یا ارزان مورد تأیید قرار بگیرید، خواه از طریق اعلام درآمد یا با ارائه شماره پرونده موجود برای دریافت مزایای برنامه کمك تغذیه تکمیلی (SNAP) (پیشتر کوپن غذا نامیده می‌شد)، کمك موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) و یا توزیع غذا در رزرویشن سرخپوستان (FDPIR) استحقاق شما برای بهره‌مندی از مزایای مذکور برای ۱۲ ماه و نه بیشترمعتبر خواهد بود. به هر حال، هرگاه شما یا فردی از افراد خانواده شما بیکار شود و از دست دادن درآمد در دوران بیکاری موجب شود که درآمد خانواده شما در استاندارد استحقاق قرار گیرد، باید مراتب را به ما اطلاع دهید.

۹. اگر یکی از اعضای خانواده من شهروند ایالات متحده نباشد،آیا می‌توانم فرمی پر کنم؟ بله. لازم نیست که شما یا فرزندانتان شهروند ایالات متحده باشید.

۱۰. اگر فرزندخوانده داشته باشم، چه خواهد شد؟ صرف نظر از درآمد شخصی آنها و یا خانواری که با آن زندگی میکنند، فرزندخوانده ها مستحق دریافت غذای رایگان می‌باشند. خانوار هایی که می‌خواهند از آن مزایا برای فرزندخوانده هایشان برخوردار باشند باید با **[name, address, phone number]** تماس بگیرند. علاوه بر آن، در راستای تعیین واجد شرایط بودن کودکان دیگر خانوار برای دریافت غذای رایگان و یا ارزان قیمت، خانوار ها میتوانند نام فرزندخوانده ها را نیز شامل فهرست جمع فرزندان خانوار ارائه دهند.

۱۱. ما نظامی هستیم، آیا باید کمك هزینه‌های مسکن را به عنوان درآمد محسوب کنیم؟ اگر مسکن شما در طرح خصوصی‌سازی مسکن نظامیان قرار دارد و شما کمك هزینه تکمیلی امرار معاش خانواده دریافت می‌کنید، این کمکها را جزو درآمد خود محسوب نکنید. همچنین در مورد نظامیان مستقر در مناطق جنگی، فقط آن قسمت از درآمد این گونه نظامیان که دراختیارشان قرار می‌گیرد یا از طرف آنها به خانواده آنها پرداخت می‌شود، به عنوان درآمد خانواده به شمار می‌آید. فوق‌العاده رزم شامل پاداش تمدید حضور در مناطق جنگی (DEIP) نیز مستثنا هستند و جزو درآمد خانواده محسوب نمی‌شوند. بقیه انواع کمك هزینه‌ها باید به عنوان درآمد ناخالص شما محاسبه شوند.

در اجرای برنامه CACFP ، هیچ فردی به دلایل نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنس، سن یا معلولیت، مورد تبعیض قرار نمی‌گیرد.

اگر سؤالات دیگری دارید یا به کمك نیاز دارید، با شماره تلفن **[Phone number]** تماس بگیرید.

با تقدیم احترام،

[signature]

راهنمای تکمیل فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP (کودکان)

اگر خانواده شما SNAP، TANF ، یا FDPIR دریافت می‌کند، دستورات زیر را انجام دهید:

قسمت ۱: نام همه کودکان ثبت نام شده در برنامه و اعضای خانوارتان را درج کنید.
قسمت ۲: شماره پرونده هر عضوی از خانوار (منجمله بزرگسالان) را که از مزایای [State SNAP] یا [StateTANF] یا [FDPIR] بهره‌مند است، بنویسید.
قسمت ۳: از این قسمت صرف نظر کنید.
قسمت ۴: از این قسمت صرف نظر کنید.
قسمت ۵: فرم را امضاء کنید. درج چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی لازم **نیست**.
قسمت ۶: در صورت تمایل به این قسمت پاسخ دهید.

اگر درخواست مزایایی که ارائه می‌دهید برای یک فرزند خوانده است، این دستورات را انجام دهید:

اگر **همه** کودکانی که برایشان ارائه درخواست مزایا دارید فرزند خوانده هستند، و یا اگر درخواست مزایای شما تنها برای یک فرزند خوانده است:

قسمت ۱: فهرست اسامی همه فرزندخوانده ها و نام مدرسه هریک از آنان را در این قسمت بنویسید. داخل مربع مربوط علامت بزنید.
قسمت ۲: از این قسمت صرف نظر کنید.
قسمت ۳: از این قسمت صرف نظر کنید.
قسمت ۴: از این قسمت صرف نظر کنید.
قسمت ۵: فرم را در این قسمت امضا کنید. نوشتن شماره تامین اجتماعی در این قسمت **لازم نیست.**
قسمت ۶: در صورت تمایل به این قسمت پاسخ دهید.

اگر بعضی از کودکان خانوار فرزندخوانده هستند.

قسمت ۱: فهرست اسامی همه کودکان ثبت نام شده و اعضای خانوار و نام مدرسه هریک از فرزندانتان را در این قسمت بنویسید. برای هر یک از اعضای بی‌درآمد، منجمله کودکان، شما باید در داخل مربع "بی درآمد" علامت بزنید. اگر کودک فرزندخوانده است مربع مربوط را علامت بزنید.
قسمت ۲: اگر خانوارتان شماره پرونده ندارد، از این قسمت صرف نظر کنید.
قسمت ۳: اگر هریک از کودکانی که برایشان درخواست مزایا میکنید بی‌خانمان، مهاجر، و یا فراری محسوب می‌شود داخل مربع مختص به آن علامت بزنید و با [your school, homeless liaison, migrant coordinator] تماس حاصل کنید. و اگر نه، از این قسمت صرف نظر کنید.
قسمت ۴: طبق این دستورالعمل ها جمع کل درآمد این ماه یا ماه پیش خانوار را گزارش دهید.

ستون A - نام: فقط نام و نام خانوادگی **هر یک** ازافرادی را که در خانوار شما زندگی می‌کنند و در درآمد و هزینه‌ها سهیم هستند، چه از همبستگان شما باشند یا نه (مانند پدر و مادر بزرگ، فامیل های دیگر، و یا آشنایانی که با شما زندگی می‌کنند) و درآمدهایشان را بنویسید. اسم خود و تمام فرزندانتان را که با شما زندگی می‌کنند نیز بنویسید. برای درج تمامی اسامی، اگر لازم بود میتوانید از ورق اضافی دیگری نیز استفاده کرده و آن را پیوست کنید.

ستون B - درآمد ناخالص و فواصل زمانی دریافت آن: هر نوع درآمد ماهانه هریك از اعضای خانواده را بنویسید. شما باید فواصل زمانی دریافت این پول - هفتگی، یك هفته درمیان، دوبار در ماه، یا ماهانه - را به ما بگویید.

بخش ۱: درآمد ناخالص تان را بنویسید، نه مبلغ دریافتی که به خانه آورده می‌شود. درآمد ناخالص مبلغی است که پیش از کسر مالیاتها و سایر کسورات منظور می‌شود. شما می‌توانید آن را در فیش حقوق خود بیابید یا رئیستان می‌تواند آن را به شما بگوید.
بخش ۲: مبلغی را که هر شخص ماهانه بابت کمك رفاهی، کمک خرجی کودکان، یا نفقه از بابت طلاق دریافت کرده است، بنویسید.

بخش ۳: مزایای دریافتی بابت بازنشستگی، تأمین اجتماعی، مکمل تامین اجتماعی (SSI)، مزایای نظامیان سابق (VA)، و از کار افتادگی را اینجا بنویسید.

بخش ۴: فهرست **همه منابع درآمدی دیگر خود** را اینجا بنویسید، شامل درآمدهای ناشی از بیمه غرامت کارگران ، بیکاری، مزایای اعتصاب، کمکهای مالی مداوم افرادی که در خانه شما زندگی نمی‌کنند، و هرگونه درآمد دیگر. **فقط** کسانی که به صورت آزاد کار می‌کنند (خویش‌فرما)، درآمد خود را پس از کسر هزینه‌ها در بخش ۱ درج کنند. بخش ۴ مخصوص کسب و کار، مزرعه یا املاك اجاره داده شده شماست. مبالغ دریافتی از طریق SNAP، FDPIR، WIC یا مزایای تحصیلی فدرال را در اینجا ننویسید. اگر شما مشمول طرح خصوصی‌سازی مساکن نظامیان هستید یا فوق‌العاده جنگی دریافت می‌کنید، این کمك هزینه مسکن را جزو درآمد محسوب نکنید.

قسمت ۵: عضو بزرگسال خانواده باید فرم را امضاء و چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی خود را درج کند یا اگر فاقد این شماره است، مربع مربوط به آن را علامت بزند.

قسمت ۶: در صورت تمایل به این سوال پاسخ دهید.

راهنمای تکمیل فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP (کودکان)

همه خانوارهای دیگر، منجمله دریافت کنندگان ویک WIC **، طبق دستورات زیر عمل کنید:**

قسمت ۱: فهرست اسامی همه اعضای خانوار و نام مدرسه هریک از فرزندانتان را در این قسمت بنویسید. برای هر یک از اعضای بی‌درآمد، منجمله کودکان، شما باید در داخل مربع "فاقد درآمد" علامت بزنید.

قسمت ۲: از این قسمت صرف نظر کنید.

قسمت ۳: از این قسمت صرف نظر کنید.

قسمت ۴: طبق این دستورالعمل ها جمع کل درآمد این ماه یا ماه پیش خانوار را گزارش دهید.

ستون A - نام: فقط نام و نام خانوادگی **هر یک** ازافرادی را که در خانوار شما زندگی می‌کنند و در درآمد و هزینه‌ها سهیم هستند، چه از همبستگان شما باشند یا نه (مانند پدر و مادر بزرگ، فامیل های دیگر، و یا آشنایانی که با شما زندگی می‌کنند) و درآمدهایشان را بنویسید. اسم خود و تمام فرزندانتان را که با شما زندگی می‌کنند نیز بنویسید. برای درج تمامی اسامی، اگر لازم بود میتوانید از ورق اضافی دیگری نیز استفاده کرده و آن را پیوست کنید.

ستون B - درآمد ناخالص و فواصل زمانی دریافت آن: هر نوع درآمد ماهانه هریك از اعضای خانواده، شامل شرکت کننده، همسر او، یا افراد تحت تکفل او را بنویسید. شما باید فواصل زمانی دریافت این پول - هفتگی، یك هفته درمیان، دوبار در ماه، یا ماهانه - را به ما بگویید.

بخش ۱: فهرست **درآمدهای ناخالص** تان را بنویسید، نه مبلغ دریافتی که به خانه آورده می‌شود. درآمد ناخالص مبلغی است که پیش از کسر مالیاتها و سایر کسورات منظور می‌شود. شما می‌توانید آن را در فیش حقوق خود بیابید یا رئیستان می‌تواند آن را به شما بگوید.

بخش ۲: مبلغی را که هر شخص ماهانه بابت کمك رفاهی، کمک خرجی کودکان، یا نفقه از بابت طلاق دریافت کرده است، بنویسید.

بخش ۳: مزایای دریافتی بابت بازنشستگی، تأمین اجتماعی، مکمل تامین اجتماعی (SSI)، مزایای نظامیان سابق (VA)، و از کار افتادگی را اینجا بنویسید.

بخش ۴: فهرست **همه منابع درآمدی دیگر خود** را اینجا بنویسید، شامل درآمدهای ناشی از بیمه غرامت کارگران ، بیکاری، مزایای اعتصاب، کمکهای مالی مداوم افرادی که در خانه شما زندگی نمی‌کنند، و هرگونه درآمد دیگر. **فقط** کسانی که به صورت آزاد کار می‌کنند (خویش‌فرما)، درآمد خود را پس از کسر هزینه‌ها در بخش ۱ درج کنند. بخش ۴ مخصوص کسب و کار، مزرعه یا املاك اجاره داده شده شماست. مبالغ دریافتی از طریق SNAP، FDPIR، WIC یا مزایای تحصیلی فدرال را در اینجا ننویسید. اگر شما مشمول طرح خصوصی‌سازی مساکن نظامیان هستید یا فوق‌العاده جنگی دریافت می‌کنید، این کمك هزینه مسکن را جزو درآمد محسوب نکنید.

قسمت ۵: عضو بزرگسال خانواده باید فرم را امضاء و چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی خود را درج کند یا اگر فاقد این شماره است، مربع مربوط به آن را علامت بزند.

قسمت ۶: در صورت تمایل به این سوال پاسخ دهید.

این اعلامیه توضیح می‌دهد که از اطلاعاتی که به ما می‌دهید، چگونه استفاده خواهیم کرد.

اعلامیه عدم تبعیض: این اعلامیه توضیح می‌دهد که اگر گمان می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار شده است، چه اقدامی باید بکنید.

راهنمای تکمیل فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP (بزرگسالان)

اگر خانواده شما SNAP، FDPIR، SSI یا Medicaid دریافت می‌کند، دستورات زیر را انجام دهید:

قسمت ۱: فقط نام شرکت کنندگان بزرگسال را درج کنید.
قسمت ۲: شماره پرونده هر عضوی از خانواده را که از مزایای [State SNAP] یا [FDPIR] یا [SSI] یا [Medicaid] بهره‌مند است، بنویسید.
قسمت ۳: از این قسمت صرف نظر کنید.
قسمت ۴: فرم را امضاء کنید. درج چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی لازم نیست.
قسمت ۵: در صورت تمایل به این قسمت پاسخ دهید.

برای همه خانوارهای دیگر این دستورات را انجام دهید:

قسمت ۱: فقط نام شرکت کنندگان بزرگسال را درج کنید. برای هریك از شرکت کنندگانی که درآمد ندارند، مربع «فاقد درآمد» را علامت بزنید.
قسمت ۲: از این بخش صرف نظر کنید.
قسمت ۳: دستورات زیر را برای گزارش مجموع درآمد خانواده در این ماه یا ماه گذشته انجام دهید.
ستون A - نام: نام و نام خانوادگی شرکت کننده بزرگسال، همسر و وابستگان او را که در خانواده شما زندگی می‌کنند و در درآمد و هزینه‌ها سهیم هستند، بنویسید.
ستون B - درآمد ناخالص و ترتیب دریافت آن: هر نوع درآمد ماهانه **هریك از اعضای خانواده، شامل شرکت کننده، همسر او، یا افراد تحت تکفل او** را بنویسید. شما باید فواصل زمانی دریافت این پول - هفتگی، یك هفته درمیان، دوبار در ماه، یا ماهانه - را به ما بگویید.
بخش ۱: درآمد ناخالص را بنویسید، نه مبلغ دریافتی که به خانه آورده می‌شود. درآمد ناخالص مبلغی است که پیش از کسر مالیاتها و سایر کسورات منظور می‌شود. شما می‌توانید آن را در فیش حقوق خود بیابید یا رئیستان می‌تواند آن را به شما بگوید.
بخش ۲: مبلغی را که هر شخص ماهانه بابت کمك رفاهی، مراقبت از کودکان، یا نفقه (خرجی) دریافت کرده است، بنویسید.
بخش ۳: مزایای دریافتی بابت بازنشستگی، تأمین اجتماعی، نظامیان سابق (VA)، و از کار افتادگی را اینجا بنویسید.
بخش ۴: تمامی سایر منابع درآمدی خود را اینجا بنویسید، شامل درآمدهای ناشی از بیمه غرامت کارگران ، بیکاری، مزایای اعتصاب، کمکهای مداوم افرادی که در خانه شما زندگی نمی‌کنند، و هرگونه درآمد دیگر. **فقط** کسانی که به صورت آزاد کار می‌کنند (خویش‌فرما)، درآمد خود را پس از کسر هزینه‌ها در قسمت ۱ درج کنند. قسمت ۴ مخصوص کسب و کار، مزرعه یا املاك اجاره داده شده شماست. مبالغ دریافتی از طریق SNAP، FDPIR، WIC یا مزایای تحصیلی فدرال را در اینجا ننویسید. اگر شما مشمول طرح خصوصی‌سازی مسکن نظامیان هستید یا فوق‌العاده جنگی دریافت می‌کنید، این کمك هزینه مسکن را جزو درآمد محسوب نکنید.
قسمت ۴: عضو بزرگسال خانواده باید فرم را امضاء و چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی خود را درج کند یا اگر فاقد این شماره است، مربع مربوط را علامت بزند.

قسمت ۵: در صورت تمایل به این سوال پاسخ دهید.

این اعلامیه توضیح می‌دهد که از اطلاعاتی که به ما می‌دهید، چگونه استفاده خواهیم کرد.

اعلامیه عدم تبعیض: این اعلامیه توضیح می‌دهد که اگر گمان می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار شده است، چه اقدامی باید بکنید.

فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP (کودکان)

قسمت ۱. همه اعضای خانوار

نام فرزند(ان) ثبت نام شده

اسامی همه اعضای خانوار (نام ، حرف اول اسم میانی، نام فامیلی)	اگر کودک فرزند خوانده است علامت بزنید (تحت سرپرستی قانونی یك مؤسسه مراقبت از کودکان رضاعی یا دادگاه) *اگر همه فرزندان فرزبد خوانده هستند از این قسمت صرف نظر کرده و به قسمت ۵ بروید و فرم را امضا کنید	اگر فاقد درآمد هستند، علامت بزنید
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑

قسمت ۲. مزایا: اگر عضوی از خانوار شما ، و یا دریافت میکند اسم و شماره پرونده‌اش را بنویسید. **اگر هیچ کدامشان از آن مزایا بهره‌مند نیستند به قسمت ۳ بروید.**

شماره پرونده _____ نام_____

قسمت ۳. اگر هریک از کودکانی که برایشان درخواست مزایا میکنید بی‌خانمان، مهاجر، و یا فراری محسوب می‌شود داخل مربع مختص به آن علامت بزنید و با تماس حاصل کنید.

بی‌خانمان ❑ مهاجر ❑ فراری ❑

قسمت ۴. جمع کل درآمد غیرخالص خانوار - شما باید به ما بگویید که درآمد چقدر بوده و فواصل زمانی آن چه بوده

A. نام (فهرست **فقط** اعضای درآمددار خانوارتان را بنویسید)	**B.درآمد غیر خالص و فواصل زمانی دریافت آن**			
	۱. دستمزد از محل کار قبل از کسری ها	۲. رفاهی اجتماعی، خرجی کودک ، نفقه از طلاق	۳. مقرری، بازنشستگی، تامین‌اجتماعی، مکمل تامین اجتماعی، مزایای SSI و VA	۴. همه درآمدهای دیگر
Jane Smith (مثلا)	هفته‌ای/$200	ماهی دو بار/$150	ماهانه/$100	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

قسمت ۵. امضاء و چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی (عضو بزرگسال خانواده باید امضا بکند)

یک عضو بزرگسال خانوار باید این فرم را بکند. **اگر قسمت ۳ تکمیل شده است، فرد بزرگسال امضا کننده باید نیز چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعیش را درج کند، یا اینکه به مربع مقابل نوشته "شماره تامین اجتماعی ندارم" علامت بزند.** (متن بیانیه را در پشت این صفحه ملاحظه کنید.)

گواهی می‌دهم که همه اطلاعات درج شده در این فرم صحیح بوده و همه درآمدها گزارش شده‌اند. من می‌فهمم که این مرکز و یا خانه مراقبت روزانه بر اساس اطلاعاتی که فراهم می‌کنم بودجه فدرالی دریافت خواهد کرد.من می‌فهمم که مقامات CACFP ممکن است صحت اطلاعاتی که داده‌ام را مورد بررسی قرار دهند. من می‌فهمم که اگر عمدا اطلاعات نادرست ارائه دهم، فرد مشترک در برنامه غذای رایگان ممکن است آن مزایا را از دست بدهد و من هم ممکن است که مورد مجازات قانونی قرار بگیرم.

امضای نام :_____ نام با حروف چاپی: _____

تاریخ: _____

آدرس:_____ شماره تلفن:_____

شهر:_____ ایالت:_____ کد پستی: _____

چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعی: ___ ___ ___ ___ - * * - * * * * ❑ فاقد شماره تامین اجتماعی هستم

فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP (کودکان)

قسمت ۶. هویت قومی و نژادی مشترک (اختیاری)	
یک هویت قومی را علامت بزنید:	یک هویت نژادی یا بیشتر را علامت بزنید:
❑اسپانیولی یا لاتین ❑غیراسپانیولی یا لاتین	❑ آسیایی ❑ سرخپوست یا بومی آلاسکا ❑ سفیدپوست ❑ بومی هاوایی یا جزایر دیگر اقیانوس آرام ❑ سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی

در این قسمت چیزی ننویسید. این قسمت فقط برای استفاده مسئولین مربوطه است.

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:_____

اگر میزان درآمد خانوار شما در محدوده معین شده در این جدول قرار دارد، فرد مشترک در خدمات موسسه مراقبت روزانه ممکن است که واجد شرایط برای دریافت غذای رایگان و یا ارزان قیمت باشد.

تعداد افراد خانوار	سالانه
۱	
۲	
۳	
۴	
۵	
۶	
۷	
۸	
هر فرد اضافه:	

قانون ملی ناهار مدارس ریچارد بی. راسل اطلاعات مندرج در این فرم را نیاز دارد. شما ملزم به ارائه این اطلاعات نیستید، اما اگر این کار را نکنید، ما نمی‌توانیم استحقاق شرکت کننده [در این طرح] برای دریافت غذای رایگان یا ارزان را تأیید کنیم. شما باید چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی عضو بزرگسال خانواده را که این فرم را امضاء می‌کند، قید نمایید. اگر شما از طرف فرزندخوانده درخواست می‌کنید یا شماره پرونده شرکت کننده مربوط به برنامه کمك تغذیه تکمیلی (SNAP)، کمك موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) یا برنامه توزیع غذا میان کوچ‌نشینان سرخپوست (FDPIR) یا شناسه دیگر (FDPIR) را اعلام می‌کنید، یا هرگاه مشخص کنید که بزرگسال امضاء کننده فرم درخواست، فاقد Social Security Number است، درج شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست. ما از اطلاعات شما برای اتخاذ تصمیم درباره واجد شرایط بودن شرکت کننده برای دریافت غذای رایگان یا ارزان، و برای اداره و اجرای برنامه استفاده می‌کنیم.

اعلامیه عدم تبعیض: این اعلامیه توضیح می‌دهد که اگر گمان می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار شده است، چه اقدامی باید بکنید. طبق قوانین فدرال و سیاست‌های وزارت کشاورزی ایالات متحده، این مؤسسه از اعمال تبعیض بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت اولیه، جنسیت، سن، یا ازکار افتادگی منع شده است. شکایت خود از اعمال تبعیض را به آدرس USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 تسلیم کنید یا با شماره رایگان 9992-632 (866) (صوتی) تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا دارای ناتوانی‌های گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال با شماره‌های 8339-877 (800)؛ یا 6136-845 (800) (اسپانیایی) با USDA تماس حاصل کنند. USDA یك کارفرما و تأمین کننده پایبند به فرصت‌های برابر است.

فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP (بزرگسالان)

قسمت ۱. همه اعضای خانوار

نام بزرگسال(ان) ثبت نام شده:

نام بزرگسالان مشترک (نام ، حرف اول اسم میانی، نام فامیلی)	اگر فاقد درآمد هستند، علامت بزنید
	❑
	❑
	❑

قسمت ۲. مزایا: اگر عضوی از خانوار شما ، ، و یا دریافت میکند اسم و شماره پرونده‌اش را بنویسید. **اگر هیچ کدامشان از آن مزایا بهره‌مند نیستند به قسمت ۳ بروید.**

شماره پرونده _____ نام _____

قسمت ۳. جمع کل درآمد غیرخالص خانوار — شما باید به ما بگویید که درآمد چقدر بوده وفواصل زمانی آن چه بوده

A. نام (فهرست **فقط** مشترک(ین)، همسر و فرزندان وابسته مشترک(ین) را بنویسید)	**B.درآمد غیر خالص و فواصل زمانی دریافت آن** ۱. دستمزد از محل کار قبل از کسری ها	۲. رفاهی اجتماعی، خرجی کودک ، نفقه از طلاق	۳. مقرری، بازنشستگی، تامین‌اجتماعی، مکمل تامین اجتماعی، مزایای SSI و VA	۴. همه درآمدهای دیگر
Jane Smith (مثلا)	$200/هفته‌ای	$150/ماهی دو بار	$100/ماهانه	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

قسمت ۴. امضاء و چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی

یک عضو بزرگسال خانوار باید این فرم را بکند. **اگر قسمت ۳ تکمیل شده است، فرد بزرگسال امضا کننده باید نیز چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعیش را درج کند، یا اینکه به مربع مقابل نوشته "شماره تامین اجتماعی ندارم" علامت بزند.** (متن بیانیه را در پشت این صفحه ملاحظه کنید.)

گواهی می‌دهم که همه اطلاعات درج شده در این فرم صحیح بوده و همه درآمدها گزارش شده‌اند. من می‌فهمم که این مرکز و یا خانه مراقبت روزانه بر اساس اطلاعاتی که فراهم می‌کنم بودجه فدرالی دریافت خواهد کرد.من می‌فهمم که مقامات CACFP ممکن است صحت اطلاعاتی که داده‌ام را مورد بررسی قرار دهند. من می‌فهمم که اگر عمدا اطلاعات نادرست ارائه دهم، فرد مشترک در برنامه غذای رایگان ممکن است آن مزایا را از دست بدهد و من هم ممکن است که مورد مجازات قانونی قرار بگیرم.

امضای نام : _____ نام با حروف چاپی: _____

تاریخ: _____

آدرس: _____ شماره تلفن: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعی: ___ ___ ___ ___ - * * - * * * ❑ فاقد شماره تامین اجتماعی هستم

قسمت ۵. هویت قومی و نژادی مشترک (اختیاری)

یک هویت قومی را علامت بزنید:	یک هویت نژادی یا بیشتر را علامت بزنید:
❑اسپانیولی یا لاتین ❑غیراسپانیولی یا لاتین	❑ آسیایی ❑ سرخپوست یا بومی آلاسکا ❑ سفیدپوست ❑ بومی هاوایی یا جزایر دیگر اقیانوس آرام ❑ سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی

فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP (بزرگسالان)

در این قسمت چیزی ننویسید. این قسمت فقط برای استفاده مسئولین مربوطه است.

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:_____

اگر میزان درآمد خانوار شما در محدوده معین شده در این جدول قرار دارد، فرد مشترک در خدمات موسسه مراقبت روزانه ممکن است که واجد شرایط برای دریافت غذای رایگان و یا ارزان قیمت باشد.

تعداد افراد خانوار	سالانه
۱	
۲	
۳	
۴	
۵	
۶	
۷	
۸	
هر فرد اضافه:	

قانون ملی ناهار مدارس ریچارد بی. راسل اطلاعات مندرج در این فرم را نیاز دارد. شما ملزم به ارائه این اطلاعات نیستید، اما اگر این کار را نکنید، ما نمی‌توانیم استحقاق شرکت کننده [در این طرح] برای دریافت غذای رایگان یا ارزان را تأیید کنیم. شما باید چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی عضو بزرگسال خانواده را که این فرم را امضاء می‌کند، قید نمایید. اگر شما از طرف فرزندخوانده درخواست می‌کنید یا شماره پرونده شرکت کننده مربوط به برنامه کمك تغذیه تکمیلی (SNAP)، کمك موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) یا برنامه توزیع غذا میان کوچنشینان سرخپوست (FDPIR) یا شناسه دیگر (FDPIR) را اعلام می‌کنید، یا هرگاه مشخص کنید که بزرگسال امضاء کننده فرم درخواست، فاقد Social Security Number است، درج شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست. ما از اطلاعات شما برای اتخاذ تصمیم درباره واجد شرایط بودن شرکت کننده برای دریافت غذای رایگان یا ارزان، و برای اداره و اجرای برنامه استفاده می‌کنیم.

اعلامیه عدم تبعیض: این اعلامیه توضیح می‌دهد که اگر گمان می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار شده است، چه اقدامی باید بکنید. طبق قوانین فدرال و سیاست‌های وزارت کشاورزی ایالات متحده، این مؤسسه از اعمال تبعیض بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت اولیه، جنسیت، سن، یا ازکار افتادگی منع شده است. شکایت خود از اعمال تبعیض را به آدرس USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 تسلیم کنید یا با شماره رایگان 632-9992 (866) (صوتی) تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا دارای ناتوانی‌های گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال با شماره‌های 877-8339 (800)؛ یا 845-6136 (800) (اسپانیایی) با USDA تماس حاصل کنند. USDA یك کارفرما و تأمین کننده پایبند به فرصت‌های برابر است.

شما باید اطلاعات مورد نیاز ما را ارسال نمایید، یا تا تاریخ [Date] با [Name] تماس بگیرید، در غیر این صورت، مرکز ما بازپرداخت هزینه غذای رایگان یا ارزانی را که به فرزند(ان) شما داده است، دریافت نخواهد کرد.

مرکز/ مؤسسه حمایت کننده: **[Name]**

[**Date**]

[Name] عزیز:

ما در حال بررسی فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP شما هستیم. ما موظفیم این کار را انجام دهیم تا اطمینان حاصل کنیم که تنها افراد مستحق از مزایای CACFP بهره‌مند می‌شوند. شما باید اطلاعاتی برای ما ارسال کنید که ثابت کند **[name(s) of participant(s)]** واجد شرایط است.

در صورت امکان، کپی مدارك را به جای اصل آنها ارسال کنید. اگر نسخه اصل مدارك را بفرستید، فقط در صورت تقاضای شما باز پس داده خواهند شد. EBT Card یا هر کارت مزایای دیگری را که به آن نیاز خواهید داشت، برای ما ارسال نکنید.

۱. اگر هنگام ارائه درخواست برای غذای رایگان یا ارزان قیمت یا هر زمانی پس از آن تحت پوشش SNAP، TANF یا FDPIR هستید، یك کپی از مدارك زیر را برای ما بفرستید:

- نامه گواهی SNAP، TANF یا FDPIR که نشان‌دهنده تاریخ‌های گواهی باشد.
- نامه‌ای از SNAP یا اداره رفاه که در آن قید شده باشد که شما برای دریافت SNAP یا TANF تأیید شده‌اید.

۲. اگر این نامه را برای یك فرزندخوانده دریافت می‌کنید:

نام و اطلاعات تماس یك شخص در موسسه یا دادگاه را ارائه کنید تا بتواند تأیید کند که کودك تحت مسئولیت قانونی مؤسسه یا دادگاه است.

۳. اگر شما SNAP، TANF یا FDPIR دریافت نمی‌کنید: این صفحه را همراه با اسنادی که نشان‌دهنده مبلغ پولی که خانواده شما از هریك از منابع درآمدی خود دریافت می‌کند، برای ما ارسال کنید. اسنادی ارسالی باید حاوی **نام** دریافت کننده پول، **تاریخ** دریافت، **مبلغ** دریافتی، و **فواصل زمانی** دریافت آن باشد. **اطلاعات را به این نشانی بفرستید: [address]**.

<u>مدارك قابل قبول عبارتند از:</u>

مشاغل: فیش حقوقی یا پاکت پرداخت حقوق که نشان‌دهنده مقدار و فواصل زمانی پرداخت آن باشد؛ نامه از کارفرما با قید دستمزد ناخالص و فواصل زمانی دریافت دستمزد؛ یا اسناد کسب و کار یا مزرعه، از قبیل دفتر حساب یا دفاتر مالیات.
تأمین اجتماعی، مستمری، یا بازنشستگی: نامه مزایای بازنشستگی تأمین اجتماعی، اظهارنامه مزایای دریافت شده، یا اعلامیه اهدای مستمری.
بی‌کاری، از کار افتادگی، یا غرامت کارگران: اعلامیه صلاحیت از اداره ایالتی تضمین شغلی، ته چك، یا نامه از بیمه غرامت کارگران.
پرداخت‌های رفاه عمومی: نامه دریافت مزایا از سوی نمایندگی رفاه عمومی.
مراقبت از کودك یا نفقه: حکم دادگاه، توافق‌نامه، یا کپی چك‌های دریافت شده.

سایر درآمدها (مانند درآمد حاصل از اجاره): اطلاعاتی که نشان‌دهنده مقدار مبلغ دریافت شده، فواصل زمانی دریافت آن، و تاریخ دریافت باشد.
بدون درآمد: شرح مختصری از این که چگونه برای خانواده خود مواد غذایی، پوشاك و مسکن تهیه می‌کنید، و این که در چه زمانی انتظار دریافت درآمد دارید.
برنامه خصوصی‌سازی مسکن نظامیان: نامه یا قرارداد اجاره که نشان دهد مسکن شما مشمول برنامه خصوصی‌سازی مسکن نظامیان است.

بازه زمانی مدارک درآمدی قابل قبول: لطفاً مدارکی را ارائه دهید که درآمد شما هنگام ارائه درخواست این مزایا را نشان دهد. اگر این اطلاعات را در اختیار ندارید، می‌توانید مدارك مربوط به بازه زمانی تکمیل فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP تا تأیید آن را ارائه دهید.

اگر سؤالات دیگری دارید یا به کمك نیاز دارید، با **[name]** به شماره تلفن **[Phone number]** تماس بگیرید.

با تقدیم احترام،

[signature]

بیانیه قانون حریم خصوصی: قانون ملی ناهار مدارس ریچارد بی. راسل اطلاعات مندرج در این فرم را نیاز دارد. شما ملزم به ارائه این اطلاعات نیستید، اما اگر این کار را نکنید، ما نمی‌توانیم استحقاق شرکت کننده در این طرح برای دریافت غذای رایگان یا ارزان را تأیید کنیم. شما باید چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی عضو بزرگسال خانواده را که این فرم را امضاء می‌کند، قید نمایید. اگر شما از طرف فرزندخوانده درخواست می‌کنید یا شماره پرونده شرکت کننده مربوط به برنامه کمك تغذیه تکمیلی (SNAP)، کمك موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF) یا برنامه توزیع غذا میان کوچ‌نشینان سرخپوست (FDPIR) یا شناسه دیگر (FDPIR) را اعلام می‌کنید، یا هرگاه مشخص کنید که بزرگسال امضاء کننده فرم درخواست، فاقد Social Security Number است، درج شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست. ما از اطلاعات شما برای اتخاذ تصمیم درباره واجد شرایط بودن شرکت کننده برای دریافت غذای رایگان یا ارزان، و برای اداره و اجرای برنامه CACFP استفاده می‌کنیم.

اعلامیه عدم تبعیض: این اعلامیه توضیح می‌دهد که اگر گمان می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار شده است، چه اقدامی باید بکنید. طبق قوانین فدرال و سیاست‌های وزارت کشاورزی ایالات متحده، این مؤسسه از اعمال تبعیض بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت اولیه، جنسیت، سن، یا ازکار افتادگی منع شده است. شکایت خود از اعمال تبعیض را به آدرس USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 تسلیم کنید یا با شماره رایگان 632-9992 (866) (صوتی) تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا دارای ناتوانی‌های گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال با شماره‌های 877-8339 (800)؛ یا 845-6136 (800) (اسپانیایی) با USDA تماس حاصل کنند. USDA یك کارفرما و تأمین کننده پایبند به فرصت‌های برابر است.

شما باید اطلاعات مورد نیاز ما را ارسال نمایید، یا تا تاریخ [Date] با [Name] تماس بگیرید، در غیر این صورت، مرکز ما بازپرداخت هزینه غذای رایگان یا ارزانی را که به بزرگسالان ثبت نام شده داده است، دریافت نخواهد کرد.

مرکز/ مؤسسه حمایت کننده: **[Name]**

[Date]

جناب آقای/سرکار خانم **[Name]:**

ما در حال بررسی فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP شما هستیم. ما موظفیم این کار را انجام دهیم تا اطمینان حاصل کنیم که تنها افراد مستحق از مزایای CACFP بهره‌مند می‌شوند. شما باید اطلاعاتی برای ما ارسال کنید که ثابت کند **[(name(s) of participant(s]** واجد شرایط است.

در صورت امکان، کپی مدارك را به جای اصل آنها ارسال کنید. اگر نسخه اصل مدارك را بفرستید، فقط در صورت تقاضای شما باز پس داده خواهند شد. EBT Card یا هر کارت مزایای دیگری را که به آن نیاز خواهید داشت، برای ما ارسال نکنید.

۱. اگر هنگام ارائه درخواست برای غذای رایگان یا ارزان قیمت یا هر زمانی پس از آن تحت پوشش SNAP، TANF یا FDPIR هستید، یك کپی از مدارك زیر را برای ما بفرستید:

- نامه گواهی SNAP، FDPIR، SSI یا Medicaid که نشان‌دهنده تاریخ‌های گواهی باشد.
- نامه از SNAP که در آن قید شده است که شما برای دریافت SNAP تأیید شده‌اید.

۲. اگر SNAP، FDPIR، SSI یا Medicaid دریافت نمی‌کنید: این صفحه را همراه با اسنادی که نشان‌دهنده مبلغ پولی که خانواده شما از هریك از منابع درآمدی خود دریافت می‌کند، برای ما ارسال کنید. اسنادی ارسالی باید حاوی **نام** دریافت کننده پول، **تاریخ** دریافت، **مبلغ** دریافتی، و **فواصل زمانی** دریافت آن باشد. **اطلاعات را به این نشانی بفرستید: [address].**

مدارك قابل قبول عبارتند از:

مشاغل: فیش حقوقی یا پاکت پرداخت حقوق که نشان‌دهنده مقدار و فواصل زمانی پرداخت آن باشد؛ نامه از کارفرما با قید دستمزد ناخالص و فواصل زمانی دریافت دستمزد؛ یا اسناد کسب و کار یا مزرعه، از قبیل دفتر حساب یا دفاتر مالیات.
تأمین اجتماعی، مستمری، یا بازنشستگی: نامه مزایای بازنشستگی تأمین اجتماعی، اظهارنامه مزایای دریافت شده، یا اعلامیه اهدای مستمری.
بی‌کاری، از کار افتادگی، یا غرامت کارگران: اعلامیه صلاحیت از اداره ایالتی تضمین شغلی، ته چك، یا نامه از بیمه غرامت کارگران.
پرداخت‌های رفاه عمومی: نامه دریافت مزایا از سوی نمایندگی رفاه عمومی.
خرجی کودک کودك یا نفقه: حکم دادگاه، توافق‌نامه، یا کپی چك‌های دریافت شده.
سایر درآمدها (مانند درآمد حاصل از اجاره): اطلاعاتی که نشان‌دهنده مقدار مبلغ دریافت شده، فواصل زمانی دریافت آن، و تاریخ دریافت باشد.
بدون درآمد: شرح مختصری از این که چگونه برای خانواده خود مواد غذایی، پوشاك و مسکن تهیه می‌کنید، و این که در چه زمانی انتظار دریافت درآمد دارید.

برنامه خصوصی‌سازی مسکن نظامیان: نامه یا قرارداد اجاره که نشان دهد مسکن شما مشمول برنامه خصوصی‌سازی مسکن نظامیان است.

بازه زمانی مدارک درآمدی قابل قبول: لطفاً مدارکی را ارائه دهید که درآمد شما هنگام ارائه درخواست این مزایا را نشان دهد. اگر این اطلاعات را در اختیار ندارید، می‌توانید مدارك مربوط به بازه زمانی تکمیل فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP تا تأیید آن را ارائه دهید.

اگر سؤالات دیگری دارید یا به کمك نیاز دارید، با **[name]** به شماره تلفن **[Phone number]** تماس بگیرید.

با تقدیم احترام،

[signature]

بیانیه قانون حریم خصوصی: قانون ملی ناهار مدارس ریچارد بی. راسل اطلاعات مندرج در این فرم را نیاز دارد. شما ملزم به ارائه این اطلاعات نیستید، اما اگر این کار را نکنید، ما نمی‌توانیم استحقاق شرکت کننده در این طرح برای دریافت غذای رایگان یا ارزان را تأیید کنیم. شما باید چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی همه بزرگسالان خانوار منجمله عضو بزرگسال خانواده شرکت کننده در این برنامه را قید نمایید. اگر شما شماره پرونده شرکت کننده مربوط به برنامه کمك تغذیه تکمیلی (SNAP)، برنامه توزیع غذا میان رزرویشن سرخپوستان (FDPIR) یا شناسه دیگر(FDPIR)، SSI یا Medicaid را اعلام می‌کنید، یا هرگاه مشخص کنید که بزرگسال امضاء کننده فرم درخواست، فاقد Social Security Number است، درج شماره تأمین اجتماعی الزامی نیست. ما از اطلاعات شما برای اتخاذ تصمیم درباره واجد شرایط بودن شرکت کننده برای دریافت غذای رایگان یا ارزان، و برای اداره و اجرای برنامه CACFP استفاده می‌کنیم.

اعلامیه عدم تبعیض: این اعلامیه توضیح می‌دهد که اگر گمان می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار شده است، چه اقدامی باید بکنید. طبق قوانین فدرال و سیاست‌های وزارت کشاورزی ایالات متحده، این مؤسسه از اعمال تبعیض بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت اولیه، جنسیت، سن، یا ازکار افتادگی منع شده است. شکایت خود از اعمال تبعیض را به آدرس
USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 تسلیم کنید یا با شماره رایگان 632-9992 (866) (صوتی) تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا دارای ناتوانی‌های گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال با شماره‌های 877-8339 (800)؛ یا 845-6136 (800) (اسپانیایی) با USDA تماس حاصل کنند. USDA یك کارفرما و تأمین کننده پایبند به فرصت‌های برابر است.

ما اطلاعات فرم شما را برای درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP (کودکان) بررسی کردیم

مرکز/ مؤسسه حمایت کننده: **[Name]**

[Date:]

[Name] عزیز:

ما اطلاعات ارسالی شما برای اثبات صلاحیت **[name(s) of participant]** برای دریافت مزایای غذای رایگان یا ارزان از مرکز ما را بررسی کردیم و رأی ما این است که:

- ❑ وضعیت استحقاق شرکت کننده تغییری نکرده است.
- ❑ از تاریخ **[date]**، صلاحیت شرکت کننده برای دریافت مزایای تغذیه **از غذای ارزان به رایگان** تغییر می‌یابد، زیرا درآمد مورد تأیید در محدوده استحقاق دریافت غذای رایگان قرار دارد. شرکت کننده بدون پرداخت هیچگونه هزینه‌ای غذا دریافت خواهد کرد
- ❑ از تاریخ **[date]**، صلاحیت شرکت کننده برای دریافت مزایای تغذیه **از غذای رایگان به ارزان** تغییر می‌یابد، زیرا درآمد مورد تأیید بیش از حد مجاز است.
- ❑ از تاریخ **[date]**، شرکت کننده به دلیل یا دلایل زیر **از این پس واجد شرایط** دریافت غذای رایگان یا ارزان **نخواهد بود**:

  ____سوابق نشان می‌دهد که شما SNAP، TANF یا FDPIR دریافت نکرده‌اید.
  ____درآمد شما بیش از حد مجاز برای دریافت غذای رایگان یا ارزان است.
  ____شما _____ را ارائه نکرده‌اید.
  ____شما به درخواست ما پاسخ نداده‌اید.

  اگر درآمد خانواده شما کاهش یابد یا تعداد نفرات خانواده شما افزایش یابد، می‌توانید بار دیگر فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP را پر کنید. اگر برای اثبات واجد شرایط بودن خود در حال حاضر مدارکی ارائه نکرده‌اید، در صورتی که دوباره درخواست کنید، از شما خواسته خواهد شد مدارك مذکور را ارائه کنید.

اگر با این رأی مخالف هستید، می‌توانید از طریق **[phone]** با **[name]** صحبت کنید. شما همچنین حق رسیدگی عادلانه را دارید. اگر تا **[date]** درخواست تجدیدنظر نمایید، تا زمانی که رأی مسئول تجدیدنظر اعلام شود، شرکت کننده همچنان غذای رایگان یا ارزان دریافت خواهد کرد. شما می‌توانید از طریق تماس یا ارسال نامه به**[name]**, **[address]**, **[phone number]** درخواست تجدیدنظر نمایید.

با تقدیم احترام،

[signature]

اعلامیه عدم تبعیض: این اعلامیه توضیح می‌دهد که اگر گمان می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار شده است، چه اقدامی باید بکنید. طبق قوانین فدرال و سیاست‌های وزارت کشاورزی ایالات متحده، این مؤسسه از اعمال تبعیض بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت اولیه، جنسیت، سن، یا ازکار افتادگی منع شده است. شکایت خود از اعمال تبعیض را به آدرس USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 تسلیم کنید یا با شماره رایگان 632-9992 (866) (صوتی) تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا دارای ناتوانی‌های گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال با شماره‌های 877-8339 (800)؛ یا 845-6136 (800) (اسپانیایی) با USDA تماس حاصل کنند. USDA یك کارفرما و تأمین کننده پایبند به فرصت‌های برابر است.

ما اطلاعات فرم شما را برای درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP (بزرگسالان) بررسی کردیم

مرکز/ مؤسسه حمایت کننده: **[Name]**

[Date:]

[Name]عزیز:

ما اطلاعات ارسالی شما برای اثبات صلاحیت **[(name(s) of participant(s]** برای دریافت مزایای غذای رایگان یا ارزان از مرکز ما را بررسی کردیم و رأی ما این است که:

- ❑ وضعیت استحقاق شرکت کننده تغییری نکرده است.
- ❑ از تاریخ **[date]**، صلاحیت شرکت کننده برای دریافت مزایای تغذیه **از غذای ارزان به رایگان** تغییر می‌یابد، زیرا درآمد مورد تأیید در محدوده استحقاق دریافت غذای رایگان قرار دارد. شرکت کننده بدون پرداخت هیچگونه هزینه‌ای غذا دریافت خواهد کرد.
- ❑ از تاریخ **[date]**، صلاحیت شرکت کننده برای دریافت مزایای تغذیه **از غذای رایگان به ارزان** تغییر می‌یابد، زیرا درآمد مورد تأیید بیش از حد مجاز است.
- ❑ از تاریخ **[date]**، شرکت کننده به دلیل یا دلایل زیر **از این پس واجد شرایط** دریافت غذای رایگان یا ارزان **نخواهد بود:**

  ____سوابق نشان می‌دهد که شما SNAP، FDPIR، SSI یا Medicaid دریافت نکرده‌اید.
  ____درآمد شما بیش از حد مجاز برای دریافت غذای رایگان یا ارزان است.
  ____شما _____ را ارائه نکرده‌اید.
  ____شما به درخواست ما پاسخ نداده‌اید.

  اگر درآمد خانواده شما کاهش یابد یا تعداد نفرات خانواده شما افزایش یابد، می‌توانید بار دیگر فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP را پر کنید. اگر برای اثبات واجد شرایط بودن خود در حال حاضر مدارکی ارائه نکرده‌اید، در صورتی که دوباره درخواست کنید، از شما خواسته خواهد شد مدارك مذکور را ارائه کنید.

اگر با این رأی مخالف هستید، می‌توانید از طریق **[phone]** با **[name]** صحبت کنید. شما همچنین حق رسیدگی عادلانه را دارید. اگر تا **[date]** درخواست تجدیدنظر نمایید، تا زمانی که رأی مسئول تجدیدنظر اعلام شود، شرکت کننده همچنان غذای رایگان یا ارزان دریافت خواهد کرد. شما می‌توانید از طریق تماس یا ارسال نامه به**[name]**, **[address]**, **[phone number]** درخواست تجدیدنظر نمایید.

با تقدیم احترام،

[signature]

اعلامیه عدم تبعیض: این اعلامیه توضیح می‌دهد که اگر گمان می‌کنید با شما ناعادلانه رفتار شده است، چه اقدامی باید بکنید. طبق قوانین فدرال و سیاست‌های وزارت کشاورزی ایالات متحده، این مؤسسه از اعمال تبعیض بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت اولیه، جنسیت، سن، یا ازکار افتادگی منع شده است. شکایت خود از اعمال تبعیض را به آدرس USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 تسلیم کنید یا با شماره رایگان 632-9992 (866) (صوتی) تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا دارای ناتوانی‌های گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال با شماره‌های 877-8339 (800)؛ یا 845-6136 (800) (اسپانیایی) با USDA تماس حاصل کنند. USDA یك کارفرما و تأمین کننده پایبند به فرصت‌های برابر است.

اشتراك اطلاعات با MEDICAID/SCHIP

ولی/ قیم محترم:

اگر فرزندان شما واجد شرایط دریافت غذای رایگان یا ارزان قیمت شناخته شوند، ممکن است واجد شرایط دریافت بیمه درمانی کم هزینه یا رایگان از Medicaid یا برنامه ایالتی بیمه درمانی کودکان (SCHIP) نیز باشند. کودکان تحت پوشش بیمه درمانی امکان بیشتری برای دریافت خدمات بهداشتی منظم دارند و احتمال ابتلا به بیماری در آنها کمتر است.

چون بیمه درمانی برای سلامت کودکان بسیار مهم است، **قانون به ما امکان می‌دهد تا به Medicaid و SCHIP اعلام کنیم که فرزندان شما واجد شرایط دریافت غذای رایگان یا ارزان هستند، *مگر این که شما از ما بخواهید ما اعلام نکنیم.*** Medicaid و SCHIP از این اطلاعات فقط برای شناسایی کودکانی استفاده می‌کنند که ممکن است واجد شرایط برنامه‌های آنان باشند. مسئولین برنامه ممکن است با شما تماس بگیرند تا پیشنهاد دهند کودك شما را در این برنامه بیمه درمانی ثبت نام کنند. تکمیل کردن فرم‌های درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP به طور خودکار موجب ثبت نام فرزندان شما در بیمه درمانی نمی‌گردد.

اگر مایل نیستید که اطلاعات شما را در اختیار Medicaid یا SCHIP قرار دهیم، فرم زیر را پر کنید و همراه با فرم درآمد واجد شرایط خود تا تاریخ **[date]** به نشانی **[address]** ارسال کنید. (ارسال این فرم بر دریافت غذای رایگان یا ارزان فرزندانتان تاثیری نمی‌گذارد).

❑ **نه! من نمی‌خواهم** اطلاعاتی که در فرم درآمد واجد شرایط بهره‌مندی از مزایای تغذیه CACFP ارائه دادم، در اختیار Medicaid یا برنامه ایالتی بیمه درمانی کودکان قرار گیرد.

اگر گزینه نه را انتخاب کرده‌اید، فرم زیر را تکمیل کنید.

نام کودک: _____

نام کودک: _____

نام کودک: _____

نام کودک: _____

امضای ولی/ قیم: _____

تاریخ امروز: _____

نامتان را با حروف چاپی بنویسید: _____

آدرس: _____

_____

برای اطلاعات بیشتر، می‌توانید از طریق شماره تلفن **[Phone]** با **[Name]** تماس بگیرید.