CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

食事サービス特典のための所得資格書式

チャイルドケア・アダルトケア食事プログラムセンター、後援組織、ファミリーデイケアホームプロバイダーのための説明

このパケットには見本書式が含まれています:

世帯およびデイケアホームプロバイダーに提供する*必要がある*、必須の情報:

- 各世帯への手紙: チャイルドデイケアと Tier II プロバイダーおよびアダルトデイケア
- Tier I およびファミリーデイケアホームプロバイダーへの手紙
- 食事サービス特典のための所得資格書式: チャイルドデイケアおよびアダルトデイケア (説明つき)

注: 州には、添付の見本書式を使用することは求められていませんが、情報が提供されていることを確認する必要があります。

受給資格情報資料の確認:

- 有資格確認のための選抜通知 (価格プログラムのみ): チャイルドデイケアおよびアダルトデイケア
- 確認結果の手紙 (価格プログラムのみ): チャイルドデイケアおよびアダルトデイケア

世帯に提供*してもよい*、オプションの情報:

- Medicaid および SCHIP との共有情報

このページは 8½×11 インチの用紙に印刷するようレイアウトされています。ページによっては、表裏に印刷することができます。**[bold bracketed fields]** は、支援のための連絡先情報や、記入した書式の提出先情報など、固有情報をそれぞれ挿入する必要がある場所を示します。 Temporary Assistance to Needy Families (TANF) や State Children's Health Insurance Program (SCHIP)、また該当する場合は Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) について、州名を挿入してください。.

この見本パッケージには、Military Housing Privatization Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の住宅手当および価格プログラムを除外することに関する情報が含まれています。 これらの部分が関係しない場合は、削除することができます。

州機関によっては、承認のためにパッケージの提出を求められることがあります。 ご質問は下記連絡先にお問い合わせください:

[State agency address]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

保護者の方へ:

この手紙は、チャイルドケアセンターに登録されているお子さまの保護者の方々へのものです。 **[Name of Center]** では、米国農務省 (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP) の一環として、すべての登録児童に健康的な食事を提供しています。 CACFP からは、チャイルドケアに登録されている児童に提供される健康的な食事・おやつについて、還付金が支給されます。 CACFP の要請により、添付の「食事サービス特典のための所得資格書式」への記入にご協力ください。また、この書式にご記入いただくことで、お子さまが無料または割引価格の食事サービス受給資格があるかどうかを判定することができます。

1. デイケアにいる子供たちひとりひとりについて、食事サービス特典書式を記入する必要がありますか？ 同じチャイルドケアセンターで登録されているお子さまたちである場合に**限り**、世帯内でチャイルドケアセンターに登録されているお子さまたち全員を、1 通の CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」に記入・提出することができます。 書式が不完全な場合は承認されませんので、説明をよくお読みの上、必要な情報をすべて記入したことをご確認ください。 **記入が済んだ書式は、 [Name of Center, address, phone number] にお送りください。**

2. 所得情報を提供しなくても無料の食事が提供されるのはどんな場合ですか？ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (旧称 Food Stamps)、Temporary Assistance for Needy Families (TANF)、Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) の特典を受けている世帯の子供は、無料食事サービスを受けることができます。 里子、および Head Start に登録されている子供も、無料食事サービスの受給資格があります。 WIC の対象となっている世帯の子供も、無料食事サービスを受ける資格が得られる場合があります。

3. 割引価格の食事サービスが受けられるのはどんな場合ですか？ この申込書に記載されている連邦所得資格チャートで、世帯所得が割引価格基準以下である場合は、子供が割引価格の食事サービスを受けることができます。 WIC の対象となっている世帯の子供も、無料食事サービスを受ける資格が得られる場合があります。

4. 世帯内に米国市民でない者がいても、書式に記入できますか？ はい。 チャイルドケアセンターで食事サービスを受ける資格として、あなたやお子さまが米国市民である必要はありません。

5.「世帯」に含まれるのは誰ですか？ 収入と支出を同じくしている世帯内のすべての人 (例えば祖父母、その他の親戚、友人など、一緒に住んでいる人) が含まれます。 あなた自身と、同居しているお子さま全員を含めなければなりません。 また、同居している里子も含めることができます。

6. 所得情報や雇用状態の変更は、どうやって報告したらいいですか？ 報告された所得は、世帯の各構成員が先月受け取った所得源に記載されている総所得の合計でなければなりません。 先月の所得があなたの現状を正しく反映していない場合は、月収の予測額を提供することができます。 大きな変化がない場合は、先月の所得を元にして、この予測を行うことができます。 添付の所得表において、あなたの世帯の総所得が、その世帯人数に示されている金額以下である場合は、センターがより多くの還付金を受け取ることができます。 所得により、あるいは現行の SNAP、TANF、FDPIR ケース番号を提供することにより、無料または割引価格の食事サービス特典が適正に承認された場合は、この特典資格が 12 ヶ月間保持されます。 ただし、あなた自身、または世帯の誰かが失業して所得を失うことにより、世帯所得が有資格基準内になった場合は、お知らせください。

7. 収入が必ずしも一定でない場合はどうしたらいいですか？ 通常得ている収入額をリストしてみてください。 たとえば、通常は毎月 $1000 稼いでいるのに、先月は仕事を少し休んだので$900 だけだった場合は、月々$1000 として記入してください。 残業を日常的にしている場合は、それも含めてください。残業は時々にしかしない場合は含めないでください。

8. 里子がいる場合はどうしたらいいですか？ 里子養育機関または裁判所の法的責任に基づく里子は、無料の食事サービスの有資格者となります。 収入を問わず、世帯内の里子は、無料食事サービスを受ける資格があります。 食事サービス特典書式に里子を含めることができますが、その里子に対して受け取っている支払金を所得として含める必要はありません。 里子のために特典を申し込みたい場合は、**[name, address, phone number]**に連絡してください。

9. 軍に所属している場合、住宅手当や補助手当は収入に含まれるのでしょうか？ お住まいの住宅が Military Housing Privatization Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象であり、Family Subsistence Supplemental Allowance (家族生計補助手当) を受けている場合は、それら手当を収入として含めないでください。 また、配備されている軍人については、配備されている軍人の収入として本人または世帯に給付されている金額の一部だけが、その世帯の所得に算入されます。 戦地手当 (配備延長奨励金 (DEIP) を含む) も除外され、世帯の所得には含まれません。その他の手当はすべて、総所得に含めなければなりません。

10. *(価格プログラムのみ)* 提出した情報はチェックされますか？ はい、おそらく。 書式に記入した情報を証明するため、書面の証拠をお送りいただくようお願いすることがあります。 **この書式に記入した情報に対してなされた判定に、同意できない場合は、どうしたらいいですか？ [Center or Sponsoring Organization]**に連絡してください。

子供の食事プログラム運営においては、いかなる人も、人種や肌の色、国籍、性別、年齢、障害によって差別されることはありません。

その他のご質問がある場合やヘルプが必要な場合は、**[phone number]** に電話してください。

よろしくご検討ください。

[signature]

[Insert Sponsoring Organization Letterhead]

保護者の方へ:
この手紙は、ファミリーデイケアセンターに登録されているお子さまの保護者の方々へのものです。**[Name of day care home]** では、米国農務省 (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP) の一環として、すべての登録児童に健康的な食事を提供しています。 CACFP からは、チャイルドケアに登録されている児童に提供される健康的な食事・おやつについて、還付金が支給されます。CACFP の要請により、添付の「食事サービス特典のための所得資格書式」への記入にご協力ください。

1. CACFP の特典を受けるために、「食事サービス特典のための所得資格書式」に記入する必要がありますか？ いいえ。けれども記入提出していただくことで、お子さまに提供された食事についてより多くの還付金を、お子さまのサービスプロバイダーが受け取ることができる可能性があります。 書式に記入した場合は、お子さまのサービスプロバイダーに直接、またはプロバイダーの後援組織である **[Sponsor's Name]**に返送することができます。 後援組織に直接提出したい場合は、記入書式を**[(Sponsor) at name, address, phone number]** までお送りください。

> **___** [**Provider's Name]** があなたの記入書式を回収して後援組織に提供することに同意される場合は、ここにイニシャルを記入してください。**[Provider's Name]** は、記入書式は返却しません。

2. デイケアにいる子供たちひとりひとりについて、食事サービス特典書式を記入する必要がありますか？ 同じホームで登録されているお子さまたちである場合に**限り**、世帯内でチャイルドケアに登録されているお子さまたち全員を、1 通の CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」に記入・提出することができます。 書式が不完全な場合は承認されませんので、説明をよくお読みの上、必要な情報をすべて記入したことをご確認ください。

3. 所得情報を提供しなくても高い還付金が受けられるのはどんな場合ですか？里子、および Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (旧称 Food Stamps)、Temporary Assistance for Needy Families (TANF)、Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) の特典を受けている世帯の子供に提供される食事については、プロバイダーが高い還付金を受けることができます。WIC の対象となっている世帯の子供も、高い還付金を受けられる場合があります。

4. 所得に基づいて高い還付金が受けられるのはどんな場合ですか？ この申込書に記載されている連邦所得資格チャートで、世帯所得が割引価格基準以下である場合は、お子さまに食事サービスを提供しているプロバイダーが、高い還付金を受けられる可能性があります。 WIC の対象となっている世帯の子供も、高い還付金を受けられる場合があります。

5. 世帯内に米国市民でない者がいても、書式に記入できますか？ はい。 デイケアホームで食事サービスを受ける資格として、あなたやお子さまが米国市民である必要はありません。

6.「世帯」に含まれるのは誰ですか？ 収入と支出を同じくしている世帯内のすべての人 (例えば祖父母、その他の親戚、友人など、一緒に住んでいる人) が含まれます。 あなた自身と、同居しているお子さま全員を含めなければなりません。 また、同居している里子も含めることができます。

7. 所得情報や雇用状態の変更は、どうやって報告したらいいですか？ 報告された所得は、世帯の各構成員が先月受け取った所得源に記載されている総所得の合計でなければなりません。 先月の所得があなたの現状を正しく反映していない場合は、月収の予測額を提供することができます。 大きな変化がない場合は、先月の所得を元にして、この予測を行うことができます。 添付の所得表において、あなたの世帯の総所得が、その世帯人数に示されている金額以下である場合は、ファミリーデイケアホームがより多くの還付金を受け取ることができます。 所得により、あるいは現行の SNAP、TANF、FDPIR ケース番号を提供することにより、高い還付率が承認された場合は、この特典資格が 12 ヶ月間保持されます。 ただし、あなた自身、または世帯の誰かが失業して所得を失うことにより、世帯所得が有資格基準内になった場合は、お知らせください。

8. 収入が必ずしも一定でない場合はどうしたらいいですか？ 通常得ている収入額をリストしてみてください。 たとえば、通常は毎月 $1000 稼いでいるのに、先月は仕事を少し休んだので$900 だけだった場合は、月々$1000 として記入してください。 残業を日常的にしている場合は、それも含めてください。残業は時々にしかしない場合は含めないでください。

9. 里子がいる場合はどうしたらいいですか？ 里子養育機関または裁判所の法的責任に基づく里子は、自動的に高い還付金の有資格者となります。 収入を問わず、世帯内の里子は有資格者となります。 食事サービス特典書式に里子を含めることができますが、その里子に対して受け取っている支払金を所得として含める必要はありません。 里子のために特典を申し込みたい場合は、**[name, address, phone number] に連絡してください。**

10. 軍に所属している場合、住宅手当や補助手当は収入に含まれるのでしょうか？ お住まいの住宅が Military Housing Privatization Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象であり、Family Subsistence Supplemental Allowance (家族生計補助手当) を受けている場合は、それら手当を収入として含めないでください。 また、配備されている軍人については、配備されている軍人の収入として本人または世帯に給付されている金額の一部だけが、その世帯の所得に算入されます。 戦地手当 (配備延長奨励金 (DEIP) を含む) も除外され、世帯の所得には含まれません。その他の手当はすべて、総所得に含めなければなりません。

子供の食事プログラム運営においては、いかなる人も、人種や肌の色、国籍、性別、年齢、障害によって差別されることはありません。その他のご質問がある場合やヘルプが必要な場合は、**[phone number]** に電話してください。

よろしくご検討ください。

[signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

保護者の方へ:

CACFP では、身体機能に障害のある成人、または 60 歳以上の成人で、非居住の総合的な組織的サービスを提供しているアダルトデイケア施設に対し、食事の還付金を提供しています。 添付の「食事サービス特典のための所得資格書式」に記入していただくことで、センターでは、無料または割引価格の食事サービス受給資格を有する参加者の数に基づいて、還付金を受け取ることができます。

1. デイケアにいる成人ひとりひとりについて、食事サービス特典書式を記入する必要がありますか？ 同じセンターで登録されている場合に限り、世帯内でデイケアに登録されている成人全員を、1 通の CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」に記入・提出することができます。 書式が不完全な場合は承認されませんので、説明をよくお読みの上、必要な情報をすべて記入したことをご確認ください。**記入が済んだ書式は、[(Center) at name, address, phone number]** にお送りください。

2. 無料の食事が提供されるのはどんな場合ですか？ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (旧称 Food Stamps)、Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)、Supplemental Security Income (SSI)、Medicaid の特典を受けている世帯の成人は、無料食事サービスを受けることができます。 WIC の対象となっている世帯の成人も、無料食事サービスを受ける資格が得られる場合があります。

3. 割引価格の食事サービスが受けられるのはどんな場合ですか？ この申込書に記載されている連邦所得資格チャートで、世帯所得が割引価格基準以下である場合は、成人が割引価格の食事サービスを受けることができます。 WIC の対象となっている世帯の成人も、無料食事サービスを受ける資格が得られる場合があります。

4. 世帯内に米国市民でない者がいても、書式に記入できますか？ はい。センターで食事サービスを受ける資格として、あなたやケアを受けている成人が米国市民である必要はありません。

5.「世帯」に含まれるのは誰ですか？ あなたが世話をしている成人、その配偶者、およびその成人の扶養家族で収入・支出を共にしている者のみを含めなければなりません。

6. 所得情報や雇用状態の変更は、どうやって報告したらいいですか？ 報告された所得は、世帯の各構成員が先月受け取った所得源に記載されている総所得の合計でなければなりません。 先月の所得があなたの現状を正しく反映していない場合は、月収の予測額を提供することができます。 大きな変化がない場合は、先月の所得を元にして、この予測を行うことができます。 添付の所得表において、あなたの世帯の総所得が、その世帯人数に示されている金額以下である場合は、アダルトデイケアホームがより多くの還付金を受け取ることができます。 所得により、あるいは現行の SNAP、FDPIR ケース番号、または SSI、Medicaid のアシスタンス番号を添えて特典を証明することにより、無料または割引価格の食事サービス特典が適正に承認された場合は、この特典資格が最長 12 ヶ月間保持されます。 ただし、あなた自身、または世帯の誰かが失業して所得を失うことにより、世帯所得が有資格基準内になった場合は、お知らせください。

7. 収入が必ずしも一定でない場合はどうしたらいいですか？ 通常得ている収入額をリストしてみてください。 たとえば、通常は毎月 $1000 稼いでいるのに、先月は仕事を少し休んだので$900 だけだった場合は、月々$1000 として記入してください。 残業を日常的にしている場合は、それも含めてください。残業は時々にしかしない場合は含めないでください。 職を失った場合や、勤務時間や給料が少なくなった場合は、現在の収入を記入してください。

8. 軍に所属している場合、住宅手当は収入に含まれるのでしょうか？ お住まいの住宅が Military Housing Privatization Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象であり、Family Subsistence Supplemental Allowance (家族生計補助手当) を受けている場合は、それら手当を収入として含めないでください。 また、配備されている軍人については、配備されている軍人の収入として本人または世帯に給付されている金額の一部だけが、その世帯の所得に算入されます。 戦地手当 (配備延長奨励金 (DEIP) を含む) も除外され、世帯の所得には含まれません。その他の手当はすべて、総所得に含めなければなりません。

9. *(価格プログラムのみ)* 提出した情報はチェックされますか？ はい、おそらく。 書式に記入した情報を証明するため、書面の証拠をお送りいただくようお願いすることがあります。 **この書式に記入した情報に対してなされた判定に、同意できない場合は、どうしたらいいですか？ [Center or Sponsoring Organization]** に連絡してください。聴聞会の開催要請は、下記に電話または書面で行ってください: **[name, address, phone number]。**

CACFP 運営においては、いかなる人も、人種や肌の色、国籍、性別、年齢、障害によって差別されることはありません。

その他のご質問がある場合やヘルプが必要な場合は、**[phone number]** に電話してください。

よろしくご検討ください。

[signature]

[Insert Sponsor Letterhead]

プロバイダー各位:

Tier I 還付金の資格を得るため、または米国農務省 Child and Adult Care Food Program (CACFP) に基づいて子供たちに提供している食事の還付金受給を希望する場合は、添付の「食事サービス特典のための所得資格書式」に記入・署名の上、返送する必要があります。

1. 私のホームに登録されている子供たちに提供している食事の Tier I 還付金を受けるには、どういう資格が必要ですか？ (a) 学校入学または国勢調査データに基づいて判定される経済的ニーズに基づいて有資格であるとされる地域にお住まいの場合、または (b) 添付の「食事サービス特典のための所得資格書式」に提供されている情報により経済的ニーズが成立している場合、のいずれかでなければなりません。

2. Tier I のデイケアホームであると認定するのは誰ですか？ 当オフィスがあなたの資格について判定します。当オフィスでは、食事サービス特典書式に提供された情報を利用します。必ずこの書式に記入・署名してください。世帯所得すべてを報告してください (ファミリーデイケアホーム事業の収入だけではありません)。所得について適切な記録を提出してください。 **記入済み書式とその他の書類を[at name, address, phone number]** にお送りください。

3. 食事サービス書式と一緒に、どんな記録を提出すべきですか？ 昨年ファミリーデイケアホームを運営していた場合は、いちばん最近の税金申告 (Schedule C を含む) のコピーを添付してください。最近の税金申告と Schedule C にあなたの所得が示されていない場合は、現在の所得と経費に関する文書を提出することができます。この場合、仕事に対する支払明細書、およびその他の収入関連書式を含めてください。提出する書類には、その所得を受けている人の名前、受け取った日付、受け取った金額、受取りの頻度が示されていなければなりません。

4. 自分の子供へ提供した食事について還付を受けるにはどうしたらいいですか？ ご自身のお子さまに提供された食事について申請したい場合は、この書式に記入することが法により求められています。経済的ニーズがあると認定されている地域にお住まいの場合でも、また Tier I ホームとしてすでに認定を受けている場合であっても、この書式に記入しなければなりません。当オフィスは、提出された所得情報を確認する場合があります。

5. 経済的ニーズのある地域に住んでおらず、食事サービス特典書式の提出もしたくない場合、還付金はどうなりますか？ あなたのファミリーデイケアホームに登録されている子供たちへ提供される食事について受け取る還付金率が低くなります。

6. 提出した情報は確認されますか？ はい、おそらく。書式に記入した情報を証明するため、書面の証拠をお送りいただくようお願いすることがあります。 **この書式に記入した情報に対してなされた判定に、同意できない場合は、どうしたらいいですか？** 担当の後援組織に連絡してください。

7. 「世帯」に含まれるのは誰ですか？ 収入と支出を同じくしている世帯内のすべての人 (例えば祖父母、その他の親戚、友人など、一緒に住んでいる人) が含まれます。あなた自身と、同居しているお子さま全員を含めなければなりません。

8. 所得情報や雇用状態の変更は、どうやって報告したらいいですか？ 報告された所得は、世帯の各構成員が先月受け取った所得源に記載されている総所得の合計でなければなりません。先月の所得があなたの現状を正しく反映していない場合は、月収の予測額を提供することができます。大きな変化がない場合は、先月の所得を元にして、この予測を行うことができます。添付の所得表において、あなたの世帯の総所得が、その世帯人数に示されている金額以下である場合は、より多くの還付金を受け取ることができます。所得により、あるいは現行の Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (旧・Food Stamp)、Temporary Assistance for Needy Families (TANF)、Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)のケース番号を添えて特典を証明することにより、無料または割引価格の食事サービス特典が適正に承認された場合は、この特典資格が最長 12 ヶ月間保持されます。ただし、あなた自身、または世帯の誰かが失業して所得を失うことにより、世帯所得が有資格基準内になった場合は、お知らせください。

9. 世帯内に米国市民でない者がいても、書式に記入できますか？ はい。あなたやお子さまが米国市民である必要はありません。

10. 里子がいる場合はどうしたらいいですか？ 里子は、その財産を問わず、また住んでいる世帯の所得を問わず、無料食事サービスの有資格者です。里子のために特典を申し込みたい場合は、**[name, address, phone number]**に連絡してください。加えて、世帯内の他の子供について無料および割引価格の食事サービス受給資格を判定する際、世帯構成員として含めることができます。

11. 私たちは軍に属しています。住宅手当は所得に含まれますか？ お住まいの住宅が Military Housing Privatization Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象であり、Family Subsistence Supplemental Allowance (家族生計補助手当) を受けている場合は、それら手当を収入として含めないでください。また、配備されている軍人については、配備されている軍人の収入として本人または世帯に給付されている金額の一部だけが、その世帯の所得に算入されます。戦地手当 (配備延長奨励金 (DEIP) を含む) も除外され、世帯の所得には含まれません。その他の手当はすべて、総所得に含めなければなりません。

CACFP 運営においては、いかなる人も、人種や肌の色、国籍、性別、年齢、障害によって差別されることはありません。

その他のご質問がある場合やヘルプが必要な場合は、**[phone number] に電話してください。**

よろしくご検討ください。

[signature]

CACFP 食事サービス特典のための所得資格書式 (チャイルドケア)
記入のための説明

SNAP、TANF、FDPIR のいずれかを受けている世帯の場合は、次の手順に従ってください:
パート 1: 登録されている子供と世帯構成員全員を挙げてください。
パート 2: [State SNAP] または[State TANF] または[FDPIR] の特典を受けている世帯構成員 (大人も含む) がいる場合は、そのケース番号を記入してください。
パート 3: このパートは飛ばしてください。
パート 4: このパートは飛ばしてください。
パート 5: 書式にサインしてください。社会保障番号の末尾 4 桁は必須では**ありません**。
パート 6: この質問への回答は任意です。

里子に関して申請する場合は、下記の手順に従ってください。
申請する子供が**全員**里子である場合、または里子についてのみ特典を申し込む場合は:

パート 1: 里子全員を挙げてください。子供が里子であることを示すボックスにチェックマークをつけてください。
パート 2: このパートは飛ばしてください。
パート 3: このパートは飛ばしてください。
パート 4: このパートは飛ばしてください。
パート 5: 書式にサインしてください。社会保障番号は必須では**ありません**。
パート 6: この質問への回答は任意です。

世帯内の子供のうち一部が里子の場合は:

パート 1: 登録されている子供と世帯構成員全員を挙げてください。子供も含め、収入のない人には、「収入なし」ボックスにチェックマークをつける必要があります。子供が里子であることを示すボックスにチェックマークをつけてください。
パート 2: 世帯にケース番号が付けられていない場合は、このパートは飛ばしてください。
パート 3: 申請するお子さまがホームレス、移住労働者、家出児童のいずれかである場合、該当するボックスにチェックマークをつけ、[your school, homeless liaison, migrant coordinator] に電話してください。そうでない場合は、このパートは飛ばしてください。
パート 4: 下記の手順に従って、今月または先月の世帯合計収入を報告してください。

A 列 — 名前: 世帯内に住む人**それぞれの**名前と姓のみを記入してください。これは、家族関係にかかわらず (例えば祖父母、その他の親戚、同居している友人など)、収入があり、世帯内で収入と支出を同じくしている人です。あなた自身と、同居しているお子さま全員を含めてください。必要があれば別紙を使って添付してください。

B 列 – 総所得と給与受取りの頻度: 世帯内の構成員それぞれについて、その月に受け取った収入のタイプを記入してください。その金額を受け取る頻度 (毎週か、2 週間ごとか、月 2 回か、月 1 回か) を記入する必要があります。

ボックス 1: 収入は手取りではなく、必ず**総所得**を記入してください。総所得とは、税金やその他の天引きを差し引く前の金額です。この金額は給与明細に記載されているはずです。または上司が教えてくれるでしょう。
ボックス 2: 福祉、児童手当、扶養料から得る金額をそれぞれの人について記入してください。
ボックス 3: 退職金、社会保障、補足的補償所得 (SSI)、恩給 (VA) 、障害者手当を記入してください。
ボックス 4: 労災補償、失業手当、スト手当、同世帯以外の人からの定期的寄付、およびその他の収入を含む、全てのその他の収入を記入してください。 自営業の場合に限り、ボックス 1 には、経費を差し引いた収入を報告してください。ボックス 4 は、自営のビジネス、農業、不動産賃貸のためのものです。SNAP、FDPIR、WIC、連邦政府の教育給付金は含めないでください。Military Privatized Housing Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象になっている場合、または戦地手当を受け取っている場合は、これらの手当を収入に含めないでください。

パート 5: 成人の世帯構成員が書式に署名し、社会保障番号の最後の 4 桁を記入する必要があります。社会保障番号がない場合はそのボックスにチェックマークをつけてください。

パート 6: この質問への回答は任意です。

CACFP 食事サービス特典のための所得資格書式 (チャイルドケア)
記入のための説明

その他の世帯 (WIC 世帯を含む) は、下記の手順に従ってください:

パート 1: 登録されている子供と世帯構成員全員を挙げてください。子供も含め、収入のない人には、「収入なし」ボックスにチェックマークをつける必要があります。

パート 2: このパートは飛ばしてください。

パート 3:このパートは飛ばしてください。

パート 4: 下記の手順に従って、今月または先月の世帯合計収入を報告してください。

A 列 — 名前: 世帯内に住む人**それぞれの**名前と姓のみを記入してください。これは、家族関係にかかわらず (例えば祖父母、その他の親戚、同居している友人など)、収入があり、世帯内で収入と支出を同じくしている人です。あなた自身と、同居しているお子さま全員を含めてください。必要があれば別紙を使って添付してください。

B 列 – 総所得と給与受取りの頻度: 世帯内の構成員それぞれについて、その月に受け取った収入のタイプを記入してください。その金額を受け取る頻度 (毎週か、2 週間ごとか、月 2 回か、月 1 回か) を記入する必要があります。

ボックス 1: 収入は手取りではなく、必ず**総所得**を記入してください。総所得とは、税金やその他の天引きを差し引く前の金額です。この金額は給与明細に記載されているはずです。または上司が教えてくれるでしょう。
ボックス 2: 福祉、児童手当、扶養料から得る金額をそれぞれの人について記入してください。
ボックス 3: 退職金、社会保障、補足的補償所得 (SSI)、恩給 (VA) 、障害者手当を記入してください。
ボックス 4: 労災補償、失業手当、スト手当、同世帯以外の人からの定期的寄付、およびその他の収入を含む、全てのその他の収入を記入してください。 自営業の場合に限り、ボックス 1 には、経費を差し引いた収入を報告してください。ボックス 4 は、自営のビジネス、農業、不動産賃貸のためのものです。SNAP、FDPIR、WIC、連邦政府の教育給付金は含めないでください。Military Privatized Housing Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象になっている場合、または戦地手当を受け取っている場合は、これらの手当を収入に含めないでください。

パート 5:成人の世帯構成員が書式に署名し、社会保障番号の最後の 4 桁を記入する必要があります。社会保障番号がない場合はそのボックスにチェックマークをつけてください。

パート 6: この質問への回答は任意です。

これは、提出いただいた情報がどのように使用されるかを説明するものです。

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。

CACFP 食事サービス特典のための所得資格書式 (アダルトケア)
記入のための説明

SNAP、FDPIR、SSI、Medicaid のいずれかを受けている世帯の場合は、次の手順に従ってください:
パート 1: 成人参加者の名前のみを挙げてください。
パート 2:[State SNAP]または[FDPIR]または[SSI]または[Medicaid]の特典を受けている世帯構成員がいる場合は、そのケース番号を記入してください。
パート 3: このパートは飛ばしてください。
パート 4: 書式にサインしてください。社会保障番号の末尾 4 桁は必須では**ありません**。
パート 5: この質問への回答は任意です。

その他の世帯は、下記の手順に従ってください。
パート 1:成人参加者の名前のみを挙げてください。収入のない人には、「収入なし」ボックスにチェックマークをつける必要があります。

パート 2: このパートは飛ばしてください。

パート 3: 下記の手順に従って、今月または先月の世帯合計収入を報告してください。

A 列 — 名前: 成人参加者、その配偶者、およびその成人の扶養家族で収入・支出を共にしている者の、名前及び姓を記入してください。

B 列 – 総所得と給与受取りの頻度: 参加者、その配偶者、またはその扶養家族である**世帯構成員**それぞれについて、毎月得ている収入のタイプそれぞれを記入してください。その金額を受け取る頻度 (毎週か、2 週間ごとか、月 2 回か、月 1 回か) を記入する必要があります。

ボックス 1: 収入は手取りではなく、必ず**総所得**を記入してください。総所得とは、税金やその他の天引きを差し引く前の金額です。この金額は給与明細に記載されているはずです。または上司が教えてくれるでしょう。
ボックス 2: 福祉、児童手当、扶養料から得る金額をそれぞれの人について記入してください。
ボックス 3: 退職金、社会保障、恩給 (VA)、障害者手当を記入してください。
ボックス 4: 労災補償、失業手当、スト手当、同世帯以外の人からの定期的寄付、およびその他の収入を含む、全てのその他の収入を記入してください。 自営業の場合に限り、ボックス 1 には、経費を差し引いた収入を報告してください。ボックス 4 は、自営のビジネス、農業、不動産賃貸のためのものです。SNAP、FDPIR、WIC、連邦政府の教育給付金は含めないでください。Military Privatized Housing Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ) の対象になっている場合、または戦地手当を受け取っている場合は、これらの手当を収入に含めないでください。

パート 4:成人の世帯構成員が書式に署名し、社会保障番号の最後の 4 桁を記入する必要があります。社会保障番号がない場合はそのボックスにチェックマークをつけてください。

パート 5: この質問への回答は任意です。

これは、提出いただいた情報がどのように使用されるかを説明するものです。

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。

CACFP 食事サービス特典のための所得資格書式 (チャイルドケア)

パート 1。世帯構成員全員

お子さまの氏名:

世帯構成員全員の名前 (ファーストネーム、ミドルネーム、ラストネーム)	里子の場合はチェックマークをつけてください (福祉事務所または裁判所の法的責任) * 下記に記載の子供が全員里子の場合は、パート 5 に飛んで、この書式に署名してください。	収入がない場合はチェックマークを付けてください
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑

パート 2。特典: 世帯の中に 、 、 のいずれかを受け取っている人がいる場合、その人の名前とケース番号を記入してください。**これらの特典を受け取っている人がいない場合は、パート 3 に飛んでください。**

名前:_____ ケース番号: _____

パート 3。申請するお子さまがホームレス、移住労働者、家出児童のいずれかである場合、該当するボックスにチェックマークをつけ、 に電話してください。

ホームレス ❑ 移住労働者 ❑ 家出児童 ❑

パート 4。世帯総所得—金額と頻度の記入が必要です。

A. 名前 (世帯内で収入のある構成員**のみ**を挙げてください)	**B. 総所得と給与受取りの頻度**			
	1. 仕事による天引き前の収入	2. 福祉、児童手当、扶養料	3. 年金、退職金、社会保障、SSI、VA 恩給	4. その他の収入
(例) Jane Smith	$200/weekly_____	$150/twice a month_	$100/monthly_____	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

パート 5。署名と社会保障番号の末尾 4 桁 (成人の署名が必要です)

成人の世帯構成員がこの書式に署名しなければなりません。**パート 3 に記入した場合は、書式に署名する成人が自分の社会保障番号の末尾 4 桁を記入するか、あるいは「私は社会保障番号を持っていません」にチェックマークを付けなければなりません。**(このページの裏面にあるステートメントを参照してください。)

私はここに、この申込書に記述した情報がすべて真実であり、すべての収入が報告されていることを証します。私が提供した情報を元に、センターまたはデイケアホームが連邦政府の資金を得ることを私は理解します。私は、CACFP 担当者がこの情報を確認することを理解します。また、私が意図的に誤った情報を提供した場合、食事サービスを受けている参加者は食事サービスの特典を失う可能性があること、および私が訴追される可能性があることを理解します。

署名: _____ 氏名 (活字体): _____

日付: _____

住所: _____ 電話番号: _____

市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

社会保障番号の最後の 4 桁: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ 私は社会保障番号を持っていません

CACFP 食事サービス特典のための所得資格書式 (チャイルドケア)

パート 6。参加者の民族・人種 (オプション)	
いずれか一方の民族に印をつけてください:	人種に印をつけてください (複数可):
❑ ヒスパニック/ラティーノ ❑非ヒスパニック/ラティーノ	❑ アジア人 ❑ アメリカンインディアンまたはアラスカ原住民 ❑ 白人 ❑ ハワイ原住民またはその他の太平洋諸島人 ❑ 黒人またはアフリカ系アメリカ人

この欄には記入しないでください。担当者使用欄です。

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:_____

世帯所得がこの表の限度額以下の場合は、無料または割引価格の食事サービスをデイケア施設の参加者が受ける資格がある可能性があります。

世帯当たりの人数	年
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
追加 1 人当たり	

Richard B. Russell 全米スクール・ランチ法では、この申込書にこの情報を記載することが求められています。情報をご提出いただく必要はありませんが、情報をご提出いただけない場合、無料または割引価格の食事サービスについて参加者の資格を承認することはできません。この申込書に署名した成人の世帯構成員の社会保障番号の末尾 4 桁を記入しなければなりません。里子のために申請する場合、あるいは Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)、Temporary Assistance for Needy Families (TANF) プログラム、Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ケース番号、またはその他、FDPIR 識別番号を記載している場合、あるいはこの申込書に署名した成人の世帯構成員が社会保障番号を持っていない場合は、この社会保障番号は必要ありません。ご提出いただいた情報は、参加者が無料または割引価格の食事サービスを受ける資格を判定するため、および当プログラムの管理・強化のために使用されます。

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。 差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル (866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

CACFP 食事サービス特典のための所得資格書式 (アダルトケア)

パート 1。世帯構成員全員

登録成人の氏名:

成人参加者の名前 (ファーストネーム、ミドルネーム、ラストネーム)	収入がない場合はチェックマークを付けてください
	❑
	❑
	❑

パート 2。特典: 世帯の中に 、 、 、 のいずれかを受け取っている人がいる場合、その人の名前とケース番号を記入してください。**これらの特典を受け取っている人がいない場合は、パート 3 に飛んでください。**

名前:_____ ケース番号: _____

パート 3。世帯総所得—金額と頻度の記入が必要です。

A. 名前 (参加者、その配偶者および扶養家族の子供**のみ**を挙げてください)	**B. 総所得と給与受取りの頻度**			
	1. 仕事による天引き前の収入	2. 福祉、児童手当、扶養料	3. 年金、退職金、社会保障、SSI、VA 恩給	4. その他の収入
(例) Jane Smith	$200/weekly_____	$150/twice a month_	$100/monthly_____	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

パート 4。署名と社会保障番号の末尾 4 桁

成人の世帯構成員がこの書式に署名しなければなりません。**パート 3 に記入した場合は、書式に署名する成人が自分の社会保障番号の末尾 4 桁を記入するか、あるいは「私は社会保障番号を持っていません」にチェックマークを付けなければなりません。**(このページの裏面にあるステートメントを参照してください。)

私はここに、この申込書に記述した情報がすべて真実であり、すべての収入が報告されていることを証します。私が提供した情報を元に、センターまたはデイケアホームが連邦政府の資金を得ることを私は理解します。私は、CACFP 担当者がこの情報を確認することを理解します。また、私が意図的に誤った情報を提供した場合、食事サービスを受けている参加者は食事サービスの特典を失う可能性があること、および私が訴追される可能性があることを理解します。

署名: _____ 氏名 (活字体): _____

日付:_____

住所:_____ 電話番号:_____

市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

社会保障番号の最後の 4 桁: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ 私は社会保障番号を持っていません

パート 5。参加者の民族・人種 (オプション)

いずれか一方の民族に印をつけてください:	人種に印をつけてください (複数可):	
❑ ヒスパニック/ラティーノ	❑ アジア人	❑ アメリカンインディアンまたはアラスカ原住民
❑ 非ヒスパニック/ラティーノ	❑ 白人	❑ ハワイ原住民またはその他の太平洋諸島人
	❑ 黒人またはアフリカ系アメリカ人	

CACFP 食事サービス特典のための所得資格書式 (アダルトケア)

この欄には記入しないでください。担当者使用欄です。

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:_____

世帯所得がこの表の限度額以下の場合は、無料または割引価格の食事サービスをデイケア施設の参加者が受ける資格がある可能性があります。

世帯当たりの人数	年
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
追加 1 人当たり	

Richard B. Russell 全米スクール・ランチ法では、この申込書にこの情報を記載することが求められています。情報をご提出いただく必要はありませんが、情報をご提出いただけない場合、無料または割引価格の食事サービスについて参加者の資格を承認することはできません。この申込書に署名した成人の世帯構成員の社会保障番号の末尾 4 桁を記入しなければなりません。Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)、Temporary Assistance for Needy Families (TANF) プログラム、Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ケース番号、またはその他、(FDPIR) 識別番号を記載している場合、あるいはこの申込書に署名した成人の世帯構成員が社会保障番号を持っていない場合は、この社会保障番号は必要ありません。ご提出いただいた情報は、参加者が無料または割引価格の食事サービスを受ける資格を判定するため、および当プログラムの管理・強化のために使用されます。

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル (866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

必要とされている情報をお送りいただくか、または [date] までに [name] にご連絡ください。さもないと、お子様の無料または割引価格の食事サービスが停止されます。

センター / 後援組織 : : **[Name]**

[Date]

[Name]様

ご提出いただいた CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」の確認を行っております。これは、CACFP が有資格の方だけに提供されるようにするため、必要な手続きです。**[name(s) of participant(s)]** さんが有資格であることを証明する情報を提出していただく必要があります。

可能な限り、原本書類ではなく、コピーをお送りください。原本をお送りいただいた場合は、要請があった場合に限りお返し致します。EBT カードやその他のお使いになる特典カードは送付しないでください。

1.無料または割引価格食事サービスの申込み時点、またはそれ以降に SNAP、TANF、FDPIR のいずれかからの特典を受けている場合、次のいずれか 1 つのコピーをお送りください:

- SNAP、TANF、FDPIR のいずれかの Certification Notice (認定通知) で認定日付が示されているもの。
- SNAP または福祉事務所からの手紙で SNAP または TANF 受給が認定されたことを述べているもの。

2. 里子に関してこの手紙を受け取った場合は:

その子供が、担当機関または裁判所の法的責任であることを証明できる、担当機関または裁判所の担当者の氏名と連絡先情報を提出してください。

3. SNAP、TANF、FDPIR のいずれも受けていない場合は: あなたの世帯で、各収入源それぞれについて、得ている所得額を示す書類と共にこのページを提出してください。 提出する書類には、その所得を受けている人の**名前**、受け取った**日付**、受け取った**金額**、受取りの**頻度**が示されていなければなりません。**情報を [address] までお送りください。**

証明に使用できる書類には次のものが挙げられます:

仕事: 給与明細または給与封筒で、受取りの金額と頻度が記載されているもの; 給与総額と支払頻度が記載されている雇用者からの手紙; また自営業の場合は、出納帳簿または税金申告などの業務・農業書類。
社会保障、年金、退職金: 社会保障退職者給付の手紙、給付受取りのステートメント、年金給付通知。
失業手当、身障者手当、労災補償: 州の雇用保障事務所からの適格者への通知、小切手の明細書半券、労災補償事務所からの手紙。
福祉給付金: 福祉事務所からの特典に関する手紙。
児童手当または扶養料: 裁判所命令、合意書、または受け取った小切手のコピー。
その他の収入 (例えば賃貸収入など): 受け取った収入額、頻度、日付が示されている情報。
収入なし: 世帯のために衣食住をどうやってまかなっているか、いつから収入を得られる見込みかを、簡単に説明したメモ。
Military Housing Privatization Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ): お住まいが Military Privatized Housing Initiative の対象であることを示す手紙または賃貸契約書。

証明に使用できる収入証明文書の時間枠: 特典に申し込んだ時点の収入を示す書類を提出してください。この情報をお持ちでない場合は、CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」に記入した時点から確認時までの間に書類を提出することができます。その他のご質問がある場合やヘルプが必要な場合は、**[name]** (電話番号**[phone number]**) に電話してください。
よろしくご検討ください。

[signature]

Richard B. Russell 全米スクール・ランチ法では、この食事サービス特典書式にこの情報を記載することが求められています。情報をご提出いただく必要はありませんが、情報をご提出いただけない場合、無料または割引価格の食事サービスについて参加者の資格を承認することはできません。 チャイルドケア参加者を含め、成人の世帯構成員全員の社会保障番号の末尾 4 桁を記入しなければなりません。 里子のために申請する場合、あるいは、食事サービス特典を受ける参加者のために、Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)、Temporary Assistance for Needy Families (TANF) プログラム、Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)、またはその他の FDPIR 識別番号を記載している場合、あるいはこの申込書に署名した成人の世帯構成員が社会保障番号を持っていない場合は、この社会保障番号は必要ありません。 ご提出いただいた情報は、参加者が無料または割引価格の食事サービスを受ける資格を判定するため、および CACFP の管理・強化のために使用されます。

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。 差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル (866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

必要とされている情報をお送りいただくか、または [date] までに [name] にご連絡ください。さもないと、成人参加者の無料または割引価格の食事サービスが停止されます。

センター / 後援組織: **[Name]**

[Date]

[Name]様

ご提出いただいた CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」の確認を行っております。 これは、CACFP が有資格の方だけに提供されるようにするため、必要な手続きです。**[name(s) of participant(s)]**さんが有資格であることを証明する情報を提出していただく必要があります。

可能な限り、原本書類ではなく、コピーをお送りください。原本をお送りいただいた場合は、要請があった場合に限りお返し致します。EBT カードやその他のお使いになる特典カードは送付しないでください。

1. 無料または割引価格食事サービスの申込み時点、またはそれ以降に SNAP、FDPIR、SSI、Medicaid のいずれかからの特典を受けている場合、次のいずれか 1 つのコピーをお送りください:

- SNAP、FDPIR、SSIMedicaid のいずれかの Certification Notice (認定通知) で認定日付が示されているもの。
- SNAP または福祉事務所からの手紙で SNAP 受給が認定されたことを述べているもの。

2. SNAP、FDPIR、SSI、Medicaid のいずれも受けていない場合は: あなたの世帯で、各収入源それぞれについて、得ている所得額を示す書類と共にこのページを提出してください。 提出する書類には、その所得を受けている人の**名前**、受け取った**日付**、受け取った**金額**、受取りの**頻度**が示されていなければなりません。**情報を [address] までお送りください。**

証明に使用できる書類には次のものが挙げられます:

仕事: 給与明細または給与封筒で、受取りの金額と頻度が記載されているもの; 給与総額と支払頻度が記載されている雇用者からの手紙; また自営業の場合は、出納帳簿または税金申告などの業務・農業書類。
社会保障、年金、退職金: 社会保障退職者給付の手紙、給付受取りのステートメント、年金給付通知。
失業手当、身障者手当、労災補償: 州の雇用保障事務所からの適格者への通知、小切手の明細書半券、労災補償事務所からの手紙。
福祉給付金: 福祉事務所からの特典に関する手紙。
児童手当または扶養料: 裁判所命令、合意書、または受け取った小切手のコピー。
その他の収入 (例えば賃貸収入など): 受け取った収入額、頻度、日付が示されている情報。
収入なし: 世帯のために衣食住をどうやってまかなっているか、いつから収入を得られる見込みかを、簡単に説明したメモ。
Military Housing Privatization Initiative (軍関係者用住宅民営化イニシアティブ): お住まいが Military Privatized Housing Initiative の対象であることを示す手紙または賃貸契約書。

証明に使用できる収入証明文書の時間枠: 特典に申し込んだ時点の収入を示す書類を提出してください。この情報をお持ちでない場合は、CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」に記入した時点から確認時までの間に書類を提出することができます。

その他のご質問がある場合やヘルプが必要な場合は、**[name]** (電話番号**[phone number]**) に電話してください。

よろしくご検討ください。

[signature]

Richard B. Russell 全米スクール・ランチ法では、この食事サービス特典書式にこの情報を記載することが求められています。情報をご提出いただく必要はありませんが、情報をご提出いただけない場合、無料または割引価格の食事サービスについて参加者の資格を承認することはできません。 アダルトデイケア参加者を含め、成人の世帯構成員全員の社会保障番号の末尾 4 桁を記入しなければなりません。 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)、Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) 、またはその他 FDPIR 識別番号、SSI または Medicaid ケース番号を記載している場合、あるいはこの申込書に署名した成人の世帯構成員が社会保障番号を持っていない場合は、この社会保障番号は必要ありません。 ご提出いただいた情報は、参加者が無料または割引価格の食事サービスを受ける資格を判定するため、および CACFP の管理・強化のために使用されます。

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。 差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル (866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

CACFP 食事サービス特典のための所得資格書式の情報を確認しました (チャイルドケア)

センター / 後援組織: **[Name]**

[Date:]

[Name]様:

[name(s) of participant]さんが当施設で無料または割引価格の食事サービスを受ける有資格者であることを証明するためご提出いただいた情報を確認させていただき、次のように判定されました:

- ❑ 参加者の受給資格は変わりません。
- ❑ 確認された所得が無料食事受給資格の制限額以内であるため、**[date]**より、参加者の食事サービス受給資格は、**割引価格から無料へと**変更されます。参加者は、無料で食事サービスを受けることになります。
- ❑ 確認された所得が無料食事受給資格の制限額を超えたため、**[date]**より、参加者の食事サービス受給資格は、**無料から割引価格へと**変更されます。
- ❑ 下記の理由のため、**[date]**より、**参加者の無料または割引価格の食事サービス受給資格はなくなります** :

  ___ 記録により、あなたが SNAP、TANF、FDPIR のいずれの特典も受けていないことが判明したため。
  ___ あなたの所得が、無料または割引価格の食事サービス受給の制限額を超えているため。
  ___ 次の資料が提供されていないため: _____
  ___ こちらからの請求に対するご返答をいただけなかったため。

  世帯所得が下がった場合や、世帯人数が増えた場合は、また CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」を提出することができます。現在の適格性の証明をこれまでに提出していない場合は、再申込みの際に提出するよう求められます。

この判定に同意できない場合は、**[name]** (電話**[phone]**) にご相談ください。あなたには、公平な聴聞会を求める権利もあります。**[date]**までに聴聞会を求めた場合は、聴聞委員会の判定が行われるまでの間、参加者は無料または割引価格の食事サービスを受け続けます。聴聞会の開催要請は、下記に電話または書面で行ってください: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

よろしくご検討ください。

[signature]

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル (866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

CACFP 食事サービス特典のための所得資格書式の情報を確認しました (アダルトケア)

センター / 後援組織: **[Name]**

[Date:]

[Name]様:

[name(s) of participant]さんが当施設で無料または割引価格の食事サービスを受ける有資格者であることを証明するためご提出いただいた情報を確認させていただき、次のように判定されました:

- ❑ 参加者の受給資格は変わりません。
- ❑ 確認された所得が無料食事受給資格の制限額以内であるため、**[date]**より、参加者の食事サービス受給資格は、**割引価格から無料へと**変更されます。参加者は、無料で食事サービスを受けることになります。
- ❑ 確認された所得が無料食事受給資格の制限額を超えたため、**[date]**より、参加者の食事サービス受給資格は、**無料から割引価格へと**変更されます。
- ❑ 下記の理由のため、**[date]**より、**参加者の無料または割引価格の食事サービス受給資格はなくなります** :
  ___ 記録により、あなたが SNAP、FDPIR、SSI、Medicaid のいずれの特典も受けていないことが判明したため。
  ___ あなたの所得が、無料または割引価格の食事サービス受給の制限額を超えているため。
  ___ 次の資料が提供されていないため: _____
  ___ こちらからの請求に対するご返答をいただけなかったため。

  世帯所得が下がった場合や、世帯人数が増えた場合は、また CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」を提出することができます。現在の適格性の証明をこれまでに提出していない場合は、再申込みの際に提出するよう求められます。

この判定に同意できない場合は、**[name]** (電話**[phone]**) にご相談ください。あなたには、公平な聴聞会を求める権利もあります。**[date]**までに聴聞会を求めた場合は、聴聞委員会の判定が行われるまでの間、参加者は無料または割引価格の食事サービスを受け続けます。聴聞会の開催要請は、下記に電話または書面で行ってください: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

よろしくご検討ください。

[signature]

非差別に関するステートメント: これは、あなたが不公平な取扱いを受けたと思われる場合、どうしたらいいかを説明するものです。連邦法および米国農務省の方針に従い、この制度では、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、身体障害の有無によって差別することは禁止されています。 差別に関する申立てを起こすには、書面を USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 宛てに提出するか、またはフリーダイヤル (866) 632-9992 (音声) まで連絡してください。聾唖障害のある方は Federal Relay Service (800) 877-8339 を介して USDA まで、または(800) 845-6136 (スペイン語) までご連絡ください。 USDA は機会均等プロバイダーおよび雇用主です。

Medicaid/SCHIP との共有情報

保護者の方へ:

お子さまが無料または割引価格の食事サービスの受給資格を認められた場合、Medicaid または State Children's Health Insurance Program (州の子供健康保険プログラム) (SCHIP) を通じて無料または低価格の健康保険が利用できることがあります。お子さまに健康保険があれば、通常の医療が受けやすくなり、病気になることも少なくなります。
健康保険は子供たちの健康的な生活のために非常に重要であるため、**法律により、お子さまが無料または割引価格の食事サービスの有資格者であることを Medicaid と SCHIP に通知することが認められています *(これは、そうしないようにあなたから希望された場合を除きます)*。** Medicaid と SCHIP は、それぞれのプログラムに適格である可能性がある子供を判定する目的に限定して、この情報を使用します。プログラムの担当者から、この健康保険プログラムについて連絡がある可能性があります。CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」を提出しても、お子さまの健康保険に自動的に加入するわけではありません。
あなたの情報を Medicaid または SCHIP と共有して欲しくない場合は、下記の書式に記入し、所得資格書式を **[address]宛てに [date]**までに提出してください。(この書式を提出しても、お子様が無料または割引価格の食事サービスを受けられるかどうかに対して影響はありません。

❑ **いいえ！ 私は** CACFP「食事サービス特典のための所得資格書式」に記載されている情報が、Medicaid や State Children's Health Insurance Program と共有されることは**望みません。**

「いいえ」にチェックマークをつけた場合は、下記の書式に記入してください。

お子さまの名前: _____

お子さまの名前: _____

お子さまの名前: _____

お子さまの名前: _____

保護者署名: _____

今日の日付: _____

あなたの氏名 (活字体): _____

住所: _____

_____ _____

詳しくは、**[name]** (電話番号**[phone]**) に電話してください。