

## CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

### استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات

إرشادات لمراكز البرامج الغذائية لرعاية الأطفال والبالغين  
والمنظمات الراعية ومقدمي خدمات دور الرعاية اليومية الأسرية:

تحتوي هذه الحزمة على استمارات أولية:

- المعلومات المطلوبة التي يجب تقديمها إلى الأسر ومقدمي خدمات دور الرعاية اليومية:
- خطاب إلى الأسر: مقدمي الرعاية اليومية للأطفال و Tier II والرعاية اليومية للبالغين
- خطاب إلى مقدمي خدمات دور الرعاية اليومية الأسرية و Tier I
- استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات: الرعاية اليومية للأطفال والرعاية اليومية للبالغين (مع إرشادات)

ملاحظة: غير مطلوب من الولايات استخدام النماذج الأولية المرفقة، ولكن يجب عليها ضمان تقديم المعلومات.

التحقق من مواد معلومات التأهل:

- إخطار بالاختيار للتحقق من التأهل (برامج التسعير فقط): الرعاية اليومية للأطفال والرعاية اليومية للبالغين
- خطاب نتائج التحقق (برامج التسعير فقط): الرعاية اليومية للأطفال والرعاية اليومية للبالغين

المواد الاختيارية المرتبطة بالطلب والتي قد يتم تقديمها إلى الأسر:

- مشاركة المعلومات مع Medicaid و SCHIP

تم تصميم الصفحات ليتم طباعتها على ورق مقاس 8½ بوصة في 11 بوصة. ويمكن طباعة بعض الصفحات من الوجه والظهر. يشير **[bold bracketed fields]** إلى المكان الذي يجب عليك أن تدرج فيه المعلومات الخاصة بالشخص الذي ستتصل به للمساعدة والمكان الذي سترسل إليه الاستمارة (الاستمارات) المستوفاة. وينبغي عليك إدراج اسم ولايتك لبرنامج الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)، أو برنامج التأمين الصحي لأطفال الولاية (SCHIP)، و/أو، إذا أمكن، برنامج توزيع الأغذية على المناطق الخاصة بالهنود (FDPIR).

تشتمل الحزمة الأولية هذه على المعلومات المتعلقة باستبعاد مخصصات الإسكان لهؤلاء المندرجين ضمن "مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية" وبرامج التسعير. وإذا لم يكن لهذه الأقسام صلة، يمكنك إزالتها.

قد تطلب منك وكالة الولاية الخاصة بك إرسال الحزمة الخاصة بك للموافقة عليها. إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ:

[State agency address]



## [Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

السيدة(ة) الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر:

إن هذا الخطاب موجه لأبياء أو أولياء أمور الأطفال المسجلين في أحد مراكز رعاية الأطفال. يقدم [Name of Center] وجبات صحية إلى كل الأطفال المسجلين كجزء من مشاركتنا في البرنامج الغذائي لرعاية الأطفال والبالغين (CACFP) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA). كما يقدم برنامج CACFP تعويضات للوجبات الصحية والوجبات الخفيفة التي يتم تقديمها للأطفال المسجلين في رعاية الأطفال. لذا، يُرجى مساعدتنا في الالتزام بمتطلبات برنامج CACFP عن طريق إكمال واستيفاء "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات" المرفقة. بالإضافة إلى ذلك، وعن طريق ملء هذه الاستمارة، سوف نتمكن من تحديد ما إذا كان طفلك (أطفالك) يتأهل(ون) للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر.

**1. هل يجب عليّ ملء إحدى استمارات فوائد الوجبات لكل طفل من أطفال المسجلين في الرعاية اليومية؟** يمكنك استيفاء وتقديم استمارة واحدة من استمارات تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات الخاصة ببرنامج CACFP لكل الأطفال المسجلين في رعاية الأطفال في أسرتك فقط إذا كان الأطفال المسجلون في رعاية الأطفال مسجلين في نفس المركز. لا يمكننا الموافقة على استمارة غير مستوفاة، لذلك تأكد من قراءة الإرشادات بعناية وملء كل المعلومات المطلوبة. **وأعد الاستمارة المستوفاة إلى: [Name of Center, address, phone number].**

**2. من يمكنه الحصول على وجبات مجانية دون تقديم معلومات الدخل؟** إن كل أطفال الأسر الذين يحصلون على فوائد من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) (الكوبونات الغذائية سابقاً)، أو برنامج الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)، أو برنامج توزيع الأغذية على المناطق الخاصة بالهند (FDPIR)، يمكنهم الحصول على وجبات مجانية. كما أن الأطفال المتبنين والأطفال المسجلين في برنامج البداية الرئيسية (Head Start) مؤهلون كذلك للحصول على وجبات مجانية. إن أطفال الأسر المشاركين في WIC قد يتأهلون للحصول على وجبات مجانية.

**3. من يمكنه الحصول على وجبات مخفضة السعر؟** يمكن لأطفالك الحصول على وجبات بتكلفة منخفضة إذا كان دخل أسرتك ينحصر ضمن حدود السعر المخفض في "الجدول الفيدرالي للدخل"، الموضح في هذا الطلب. إن أطفال الأسر المشاركين في WIC قد يتأهلون للحصول على وجبات مخفضة السعر.

**4. هل يمكنني ملء استمارة إذا كان أحد الأفراد في أسرتي ليس مواطناً أمريكياً؟** نعم. لا يجب أن تكون أنت أو أطفالك مواطنين أمريكيين حتى تتأهلوا للحصول على فوائد الوجبات المقدمة في مركز رعاية الأطفال.

**5. من الذين ينبغي أن أقوم بتضمينهم كأفراد أسرتي؟** يجب عليك تضمين كل شخص في أسرتك (مثل الأجداد أو الأقارب الآخرين أو الأصدقاء الذين يعيشون معك) والذين يشتركون في الدخل والمصروفات. كما يجب عليك تضمين نفسك وكل الأطفال الذين يعيشون معك. ويمكنك أيضاً تضمين الأطفال المتبنين الذين يعيشون معك.

**6. يف أبلغ عن معلومات الدخل والتغيرات التي تطرأ على الحالة الوظيفية؟** يجب أن يكون الدخل الذي تبلغ عنه هو إجمالي الدخل الذي تم الحصول عليه الشهر الماضي مدرجاً حسب المصدر لكل فرد في الأسرة. وإذا كان دخل الشهر الماضي لا يعكس ظروفك بدقة، يمكنك تقديم تصور لدخلك الشهري. وفي حالة عدم حدوث تغييرات كبيرة، يمكنك استخدام دخل الشهر الماضي كأساس لوضع هذا التصور. وإذا كان دخل أسرتك يساوي أو أقل من المبالغ المشار إليها لحجم أسرتك في جدول الدخل المرفق، فسوف يحصل المركز على مستوى أعلى من التعويض. وما أن يتم الموافقة عليك بشكل سليم للحصول على فوائد مجانية أو مخفضة السعر، سواء من خلال الدخل أو عن طريق تقديم رقم حالة حديث لبرنامج SNAP أو TANF أو FDPIR، سوف تظل مؤهلاً للحصول على هذه الفوائد لمدة 12 شهراً. ولكنني ينبغي عليك إخطارنا إذا أصبحت أنت أو أي فرد في أسرتك عاطلاً عن العمل، وتسببت خسارة الدخل في أن أصبح دخل أسرتك ضمن معايير التأهل.

**7. ماذا لو أن دخلي لا يكون بنفس المستوى دائماً؟** اذكر المبلغ الذي تحصل عليه عادة. وعلى سبيل المثال، إذا كنت تحصل في المعتاد على 1000 دولار شهرياً، ولكنك لم تقم ببعض الأعمال الشهر الماضي وحصلت بذلك على 900 دولار فقط، فعليك أن تسجل أنك حصلت على 1000 دولار في الشهر. وإذا كنت تحصل على أجر إضافي في المعتاد، فقم بتضمينه، ولكن لا تقم بتضمينه إذا كنت تحصل عليه أحياناً فقط.

**8. ماذا لو كان لدي أطفال متبنون؟** يتأهل الأطفال المتبنون، الخاضعون للمسؤولية القانونية لوكالة الرعاية البديلة أو المحكمة، للحصول على وجبات مجانية. كما أن أي طفل متبنى في الأسرة مؤهل للحصول على وجبات مجانية بغض النظر عن مستوى الدخل. ويمكن للأسر تضمين الأطفال المتبنين في "استمارة فوائد الوجبات"، ولكن غير مطلوب منها تضمين المدفوعات التي تحصل عليها كدخل من أجل الطفل المتبنى. والأسر التي ترغب في التقدم بطلب للحصول على هذه الفوائد من أجل الأطفال المتبنين ينبغي عليهم الاتصال بـ [name, address, phone number].

**9. نحن في الجيش. هل نقوم بتضمين مخصصات الإسكان والمخصصات التكميلية الخاصة بنا باعتبارها من الدخل؟** إذا كان إسكانك جزءاً من "مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية" وكنت تحصل على مخصص تكميلي لإعاشة الأسرة، فلا تقم بتضمين هذه المخصصات باعتبارها من الدخل. إضافة إلى ذلك، فيما يتعلق بأفراد الخدمة الموزعين، لن يُعتبر من دخل الأسرة إلا ذلك الجزء من دخل فرد الخدمة الموزع الذي يتم توفيره بواسطته أو بالنيابة عنه إلى الأسرة. يتم أيضاً استبعاد راتب الحرب، بما فيه الراتب التحفيزي لتمديد الخدمة (DEIP)، ولن يتم اعتباره من دخل الأسرة. أما كل المخصصات الأخرى فيجب تضمينها في دخلك الإجمالي.

**10. (Pricing program only) هل سيتم التحقق من المعلومات التي أقدمها؟** ربما. فقد نطلب منك إرسال إثبات كتابي للتحقق من المعلومات التي قدمتها في الاستمارة. ماذا لو لم أوافق على القرار المتعلق بالمعلومات التي أستوفيها في هذه الاستمارة؟ ينبغي عليك التحدث إلى [Center or Sponsoring Organization].

أثناء تنفيذ برامج تغذية الأطفال، لن يتم التمييز ضد أي شخص على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة.

إذا كانت لديك استفسارات أخرى أو تحتاج إلى مساعدة، فاتصل برقم [phone number].

المخلص،

[signature]



## [Insert Sponsoring Organization Letterhead]

السيد(ة) الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر:

إن هذا الخطاب موجه لآباء أو أولياء أمور الأطفال المسجلين في أحد دور الرعاية اليومية الأسرية. يقدم [Name of day care home] وجبات صحية إلى كل الأطفال المسجلين كجزء من مشاركتنا في البرنامج الغذائي لرعاية الأطفال والبالغين (CACFP) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA). كما يقدم برنامج CACFP تعويضات للوجبات الصحية والوجبات الخفيفة التي يتم تقديمها للأطفال المسجلين في رعاية الأطفال. لذا، يُرجى مساعدتنا في الالتزام بمتطلبات برنامج CACFP عن طريق إكمال واستيفاء "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات" المرفقة.

1. هل أنا مطالب باستيفاء "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات" حتى يحصل طفلي (أطفالي) على فوائد CACFP؟ لا، ولكن إذا اخترت القيام بذلك، فقد يحصل مقدم الخدمة الخاص بك على تعويض أعلى نظير الوجبات المقدمة إلى طفلك. وإذا لم تقم باستيفاء الاستمارة، يُتاح أمامك خيار إعادتها مباشرة إلى مقدم الخدمة الخاص بك أو إلى راعي مقدم الخدمة [Sponsor's Name]. وإذا كنت ترغب في تقديم استمارتك إلى الراعي مباشرة، فإليك بإعادة الاستمارة المستوفاة إلى: [Sponsor] at name, address, phone number .

ضع الحرف الأول هنا إذا وافقت على السماح لـ [Provider's Name] باستلام استمارتك وتقديمها إلى الراعي. ولن يقوم [Provider's Name] بمراجعة استمارتك.

2. هل يجب عليّ ملء إحدى استمارات فوائد الوجبات لكل طفل من أطفالي المسجلين في الرعاية اليومية؟ يمكنك استيفاء وتقديم استمارة واحدة من استمارات تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات الخاصة ببرنامج CACFP لكل الأطفال المسجلين في رعاية الأطفال في أسرتك فقط إذا كان الأطفال المسجلون في رعاية الأطفال مسجلين في نفس الدار. لا يمكننا الموافقة على استمارة غير مستوفاة، لذلك تأكد من قراءة الإرشادات بعناية واملء كل المعلومات المطلوبة.

3. ما الذي يؤهل للحصول على تعويض أعلى بدون تقديم معلومات الدخل؟ سوف يحصل مقدم الخدمة الخاص بك على تعويض أعلى نظير الوجبات المقدمة للأطفال المتبينين والأطفال في الأسر الذين يحصلون على فوائد برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) (الكوبونات الغذائية سابقاً)، أو برنامج الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)، أو برنامج توزيع الأغذية على المناطق الخاصة بالهنود (FDPIR). كما أن أطفال الأسر المشاركين في WIC قد يتأهلون أيضاً للحصول على تعويض أعلى.

4. ما الذي يؤهل للحصول على تعويض أعلى استناداً إلى الدخل؟ قد يحصل مقدم الخدمة الخاص بك على تعويض أعلى نظير الوجبات المقدمة للأطفال إذا كان دخل أسرتك ينحصر ضمن حدود السعر المخفض في جدول الدخل الفيدرالي، الموضح في هذا الطلب. كما أن أطفال الأسر المشاركين في WIC قد يتأهلون للحصول على تعويض أعلى.

5. هل يمكنني ملء استمارة إذا كان أحد الأفراد في أسرتي ليس مواطناً أمريكياً؟ نعم. لا يجب أن تكون أنت أو أطفالك مواطنين أمريكيين حتى تتأهلوا للحصول على فوائد الوجبات المقدمة في دار الرعاية اليومية.

6. من الذين ينبغي أن أقوم بتضمينهم كأفراد أسرتي؟ يجب عليك تضمين كل شخص في أسرتك (مثل الأجداد أو الأقارب الآخرين أو الأصدقاء الذين يعيشون معك) والذين يشتركون في الدخل والمصروفات. كما يجب عليك تضمين نفسك وكل الأطفال الذين يعيشون معك. ويمكنك أيضاً تضمين أي أطفال متبينين يعيشون معك.

7. كيف أبلغ عن معلومات الدخل والتغيرات التي تطرأ على الحالة الوظيفية؟ يجب أن يكون الدخل الذي تبلغ عنه هو إجمالي الدخل الذي تم الحصول عليه الشهر الماضي مدرجاً حسب المصدر لكل فرد في الأسرة. وإذا كان دخل الشهر الماضي لا يعكس ظروفك بدقة، يمكنك تقديم تصور لدخلك الشهري. وفي حالة عدم حدوث تغييرات كبيرة، يمكنك استخدام دخل الشهر الماضي كأساس لوضع هذا التصور. وإذا كان دخل أسرتك يساوي أو أقل من المبالغ المشار إليها لحجم أسرتك في جدول الدخل المرفق، فسوف يحصل دار الرعاية اليومية الأسرية على مستوى أعلى من التعويض. وما أن يتم الموافقة عليك بشكل سليم للحصول على معدل التعويض الأعلى، سواء من خلال الدخل أو عن طريق تقديم رقم حالة حديث لبرنامج SNAP أو TANF أو FDPIR، سوف تظل مؤهلاً للحصول على هذه الفوائد لمدة 12 شهراً. ولكنني ينبغي عليك إخطارنا إذا أصبحت أنت أو أي فرد في أسرتك عاطلاً عن العمل، وتسببت خسارة الدخل خلال فترة البطالة في أن أصبح دخل أسرتك ضمن معايير التأهل.

8. ماذا لو أن دخلي لا يكون بنفس المستوى دائماً؟ اذكر المبلغ الذي تحصل عليه عادةً. وعلى سبيل المثال، إذا كنت تحصل في المعتاد على 1000 دولار شهرياً، ولكنك لم تقم ببعض الأعمال الشهر الماضي وحصلت بذلك على 900 دولار فقط، فعليك أن تسجل أنك حصلت على 1000 دولار في الشهر. وإذا كنت تحصل على أجر إضافي في المعتاد، فقم بتضمينه، ولكن لا تقم بتضمينه إذا كنت تحصل عليه أحياناً فقط.

9. ماذا لو كان لدي أطفال متبينون؟ يتأهل الأطفال المتبينون، الخاضعون للمسؤولية القانونية لوكالة الرعاية البديلة أو المحكمة، تلقائياً للحصول على التعويض الأعلى. كما أن أي طفل متبني في الأسرة يكون مؤهلاً بغض النظر عن مستوى الدخل. ويمكن للأسر تضمين الأطفال المتبينين في "استمارة فوائد الوجبات"، ولكن غير مطلوب منها تضمين المدفوعات التي تحصل عليها كدخل من أجل الطفل المتبني. والأسر التي ترغب في التقدم بطلب للحصول على هذه الفوائد من أجل الأطفال المتبينين ينبغي عليهم الاتصال بـ [name, address, phone number].

10. نحن في الجيش. هل نقوم بتضمين مخصصات الإسكان والمخصصات التكميلية الخاصة بنا باعتبارها من الدخل؟ إذا كان إسكانك جزءاً من "مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية" وكنت تحصل على مخصص تكميلي لإعاشة الأسرة، فلا تقم بتضمين هذه المخصصات باعتبارها من الدخل. إضافة إلى ذلك، فيما يتعلق بأفراد الخدمة الموزعين، لن يُعتبر من دخل الأسرة إلا ذلك الجزء من دخل فرد الخدمة الموزع الذي يتم توفيره بواسطته أو بالنيابة عنه إلى الأسرة. يتم أيضاً استبعاد راتب الحرب، بما فيه الراتب التحفيزي لتمديد الخدمة (DEIP)، ولن يتم اعتباره من دخل الأسرة. أما كل المخصصات الأخرى فيجب تضمينها في ذلك الإجمالي.

أثناء تنفيذ برامج تغذية الأطفال، لن يتم التمييز ضد أي شخص على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة. إذا كانت لديك استفسارات أخرى أو تحتاج إلى مساعدة، فاتصل برقم [phone number].

المخلص،

[signature]



## [Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

السيد(ة) الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر:

يقدم CACFP تعويضات الوجبات إلى منشآت الرعاية اليومية للبالغين التي تقدم خدمات شاملة ومنظمة إلى البالغين غير المقيمين العاجزين عن العمل أو الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً فأكثر. ومن خلال استيفاء "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات" المرفقة، سوف تتمكن المراكز من الحصول على تعويض يستند إلى عدد المشاركين المسجلين والمؤهلين للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر.

1. هل يجب عليّ ملء إحدى استمارات فوائد الوجبات لكل بالغ في الرعاية اليومية؟ يمكنك استيفاء وتقديم استمارة واحدة من استمارات تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات الخاصة ببرنامج CACFP للبالغين المسجلين في الرعاية اليومية في أسرتك فقط إذا كان هؤلاء البالغون مسجلين في نفس المركز. لا يمكننا الموافقة على استمارة غير مستوفاة، لذلك تأكد من قراءة الإرشادات بعناية وملء كل المعلومات المطلوبة. وأعد الاستمارة المستوفاة إلى: **.[(Center) at name, address, phone number]**

2. من يمكنه الحصول على وجبات مجانية؟ إن كل البالغين في الأسر الذين يحصلون على فوائد من برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) (الكوبونات الغذائية سابقاً)، أو برنامج توزيع الأغذية على المناطق الخاصة بالهنود (FDPIR)، أو دخل الضمان التكميلي (SSI)، أو Medicaid، يمكنهم الحصول على وجبات مجانية. إن البالغين في الأسر والمشاركين في WIC قد يتأهلون للحصول على وجبات مجانية.

3. من يمكنه الحصول على وجبات مخفضة السعر؟ يمكن للبالغين الحصول على وجبات بتكلفة منخفضة إذا كان دخل أسرتك ينحصر ضمن حدود السعر المخفض في "الجدول الفيدرالي للدخل"، الموضح في هذا الطلب. إن البالغين في الأسر والمشاركين في WIC قد يتأهلون للحصول على وجبات مخفضة السعر.

4. هل يمكنني ملء استمارة إذا كان أحد الأفراد في أسرتي ليس مواطناً أمريكياً؟ نعم. لا يجب أن تكون أنت أو البالغ الذي تحت رعايتك مواطنين أمريكيين حتى تتأهلوا للحصول على فوائد الوجبات المقدمة في المركز.

5. من الذين ينبغي أن أقوم بتضمينهم كأفراد أسرتي؟ يجب عليك فقط تضمين البالغ الذي تحت رعايتك، وزوجه/زوجته، والمعالين عليه الذين يشتركون في الدخل والمصروفات.

6. كيف أبلغ عن معلومات الدخل والتغيرات التي تطرأ على الحالة الوظيفية؟ يجب أن يكون الدخل الذي تبلغ عنه هو إجمالي الدخل الذي تم الحصول عليه الشهر الماضي مدرجاً حسب المصدر لكل فرد في الأسرة. وإذا كان دخل الشهر الماضي لا يعكس ظروفك بدقة، يمكنك تقديم تصور لذلك الشهري. وفي حالة عدم حدوث تغييرات كبيرة، يمكنك استخدام دخل الشهر الماضي كأساس لوضع هذا التصور. وإذا كان دخل أسرتك يساوي أو أقل من المبالغ المشار إليها لحجم أسرتك في جدول الدخل المرفق، فسوف يحصل مركز الرعاية اليومية للبالغين على مستوى أعلى من التعويض. وما أن يتم الموافقة عليك بشكل سليم للحصول على فوائد مجانية أو مخفضة السعر، سواء من خلال الدخل أو إثبات الفوائد المدعم برقم حالة حديث لبرنامج SNAP أو FDPIR أو رقم مساعدة SSI أو Medicaid، سوف تظل مؤهلاً للحصول على هذه الفوائد لمدة لا تتجاوز 12 شهراً. ولكني ينبغي عليك إخطارنا إذا أصبحت أنت أو أي فرد في أسرتك عاطلاً عن العمل، وتسببت خسارة الدخل خلال فترة البطالة في أن أصبح دخل أسرتك ضمن معايير التأهل.

7. ماذا لو أن دخلي لا يكون بنفس المستوى دائماً؟ اذكر المبلغ الذي تحصل عليه عادة. وعلى سبيل المثال، إذا كنت تحصل في المعتاد على 1000 دولار شهرياً، ولكنك لم تقم ببعض الأعمال الشهر الماضي وحصلت بذلك على 900 دولار فقط، فعليك أن تسجل أنك حصلت على 1000 دولار في الشهر. وإذا كنت تحصل على أجر إضافي في المعتاد، فقم بتضمينه، ولكن لا تقم بتضمينه إذا كنت تعمل لساعات إضافية أحياناً فقط. إذا فقدت وظيفتك أو انخفضت ساعات عملك أو أجورك، فاستخدم ذلك الحالي.

8. نحن في الجيش. هل نقوم بتضمين مخصصات الإسكان الخاصة بنا باعتبارها من الدخل؟ إذا كان إسكانك جزءاً من "مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية" وكنت تحصل على مخصص تكميلي لإعاشة الأسرة، فلا تقم بتضمين هذه المخصصات باعتبارها من الدخل. إضافة إلى ذلك، فيما يتعلق بأفراد الخدمة الموزعين، لن يُعتبر من دخل الأسرة إلا ذلك الجزء من دخل فرد الخدمة الموزع الذي يتم توفيره بواسطته أو بالنيابة عنه إلى الأسرة. يتم أيضاً استبعاد راتب الحرب، بما فيه الراتب التحفيزي لتمديد الخدمة (DEIP)، ولن يتم اعتباره من دخل الأسرة. أما كل المخصصات الأخرى فيجب تضمينها في ذلك الإجمالي.

9. (Pricing program only) هل سيتم التحقق من المعلومات التي أقدّمها؟ ربما. فقد نطلب منك إرسال إثبات كتابي للتحقق من المعلومات التي قدمتها في الاستمارة. ماذا لو لم أوافق على القرار المتعلق بالمعلومات التي أستوفيتها في هذه الاستمارة؟ ينبغي عليك التحدث إلى **[Center or Sponsoring Organization]**. ويمكنك طلب عقد جلسة استماع عن طريق الاتصال بـ أو مراسلة: **.[name, address, phone number]**

أثناء تنفيذ برنامج CACFP، لن يتم التمييز ضد أي شخص على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة.

إذا كانت لديك استفسارات أخرى أو تحتاج إلى مساعدة، فاتصل برقم **[phone number]**.

المخلص،

**[signature]**



للتأهل للحصول على تعويض Tier I، أو إذا كنت ترغب في الحصول على تعويض نظير الوجبات المقدمة إلى أطفالك في ظل البرنامج الغذائي لرعاية الأطفال والبالغين (CACFP) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية، يجب عليك استيفاء "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات" المرفقة وتوقيعها ثم إعادةنا إليها.

- 1. كيف أتأهل للحصول على تعويض Tier I نظير الوجبات المقدمة إلى الأطفال المسجلين في منزلي؟** يجب أن (أ) تعيش في منطقة مؤهلة استناداً إلى الحاجة الاقتصادية التي تتحدد وفقاً للقيود بالمدارس أو بيانات الإحصاء الرسمي للسكان، أو (ب) توجد حاجة اقتصادية من خلال المعلومات المقدمة في "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات" المرفقة.
- 2. من يحدد تأهلي باعتباره أحد دور الرعاية اليومية Tier I؟** سوف يحدد مكتبنا حالة التأهل الخاصة بك. وسوف نستخدم المعلومات التي تقدمها في "استمارة فوائد الوجبات". تأكد من استيفاء الاستمارة وتوقيعها؛ والإبلاغ عن كل الدخل المنزلي (وليس دخل عمل دار الرعاية اليومية الأسرية الخاص بك فقط)؛ وتقديم سجلات مناسبة عن ذلك. ثم أعد الاستمارة المستوفاة والأوراق الأخرى إلى: [at name, address, phone number].
- 3. ما أنواع السجلات التي ينبغي أن أقدمها مع "استمارة فوائد الوجبات" الخاصة بي؟** إذا قمت بتشغيل دار رعاية يومية أسرية في العام الماضي، فأرفق نسخة من آخر إقرار ضريبي خاص بك، بما في ذلك Schedule C، وإذا لم يُعدَّ إقرارك الضريبي الأخير و Schedule C بدلان على ذلك يمكنك تقديم مستندات بأحدث دخل ومصروفات لك للقيام بذلك، قم بتضمين بيانات المدفوعات للعمل وأشكال الدخل الأخرى. ويجب أن توضح الأوراق التي ترسلها اسم الشخص الذي حصل على الدخل، وتاريخ الحصول عليه، والمبلغ الذي تم الحصول عليه، وعدد مرات الحصول عليه.
- 4. كيف يتم تعويض نظير الوجبات المقدمة إلى أطفالي؟** يطالبك القانون باستيفاء هذه الاستمارة إذا كنت ترغب في المطالبة بالوجبات المقدمة إلى أطفالك. وحتى إذا كنت تعيش في منطقة محددة على أنها ذات حاجة اقتصادية، أو إذا تم تصنيفك بالفعل على أنك أحد دور tier I، يجب عليك استيفاء هذه الاستمارة. ويمكن لمكتبنا التحقق من معلومات الدخل التي تقدمها.
- 5. إذا كنت لا أعيش في منطقة ذات حاجة اقتصادية أو لا أرغب في تقديم "استمارة فوائد الوجبات"، فما هي خياراتي للحصول على التعويض؟** سوف تحصل على معدلات تعويض أقل نظير الوجبات المقدمة إلى الأطفال المسجلين في دار الرعاية اليومية الأسرية الخاص بك.
- 6. هل سيتم التحقق من المعلومات التي أقدمها؟** ربما. فقد نطلب منك إرسال إثبات كتابي للتحقق من المعلومات التي قدمتها في الاستمارة. ماذا لو لم أوافق على القرار المتعلق بالمعلومات التي أستوفيتها في هذه الاستمارة؟ وينبغي عليك التحدث إلى منظمك الراعية.
- 7. من الذين ينبغي أن أقوم بتضمينهم كأفراد أسرتي؟** يجب عليك تضمين كل شخص في أسرتك (مثل الأجداد أو الأقارب الآخرين أو الأصدقاء الذين يعيشون معك) والذين يشتركون في الدخل والمصروفات. كما يجب عليك تضمين نفسك وكل الأطفال الذين يعيشون معك.
- 8. كيف أبلغ عن معلومات الدخل والتغيرات التي تطرأ على الحالة الوظيفية؟** يجب أن يكون الدخل الذي تبلغ عنه هو إجمالي الدخل الذي تم الحصول عليه الشهر الماضي مدرجاً حسب المصدر لكل فرد في الأسرة. وإذا كان دخل الشهر الماضي لا يعكس ظروفك بدقة، يمكنك تقديم تصور لذلك الشهري. وفي حالة عدم حدوث تغييرات كبيرة، يمكنك استخدام دخل الشهر الماضي كأساس لوضع هذا التصور. وإذا كان دخل أسرتك يساوي أو أقل من المبالغ المشار إليها لحجم أسرتك في جدول الدخل المرفق، فسوف تحصل على مستوى أعلى من التعويض. وما أن يتم الموافقة عليك بشكل سليم للحصول على فوائد مجانية أو مخفضة السعر، سواء من خلال الدخل أو إثبات الفوائد المدعم برقم حالة حديث لبرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) (الكوبونات الغذائية سابقاً)، أو برنامج الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)، أو برنامج توزيع الأغذية على المناطق الخاصة بالهنود (FDPIR)، سوف تظل مؤهلاً للحصول على هذه الفوائد لمدة لا تتجاوز 12 شهراً ولكني ينبغي عليك إخطارنا إذا أصبحت أنت أو أي فرد في أسرتك عاطلاً عن العمل، وتسببت خسارة الدخل خلال فترة البطالة في أن أصبح دخل أسرتك ضمن معايير التأهل.
- 9. هل يمكنني ملء استمارة إذا كان أحد الأفراد في أسرتي ليس مواطناً أمريكياً؟** نعم. لا يجب أن تكون أنت أو أطفالك مواطنين أمريكيين.
- 10. ماذا لو كان لدي أطفال متبنون؟** يتأهل الأطفال المتبنون للحصول على وجبات مجانية بغض النظر عن دخلهم الشخصي أو دخل الأسرة التي يسكنون معها. والأسر التي ترغب في التقدم بطلب للحصول على هذه الفوائد من أجل الأطفال المتبنين ينبغي عليهم الاتصال بـ [name, address, phone number]. وإضافة لذلك، يمكن تضمين الأطفال المتبنين كأفراد في الأسرة من أجل تحديد تأهل الأطفال الآخرين في الأسرة للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر.
- 11. نحن في الجيش. هل نقوم بتضمين مخصصات الإسكان الخاصة بنا باعتبارها من الدخل؟** إذا كان إسكانك جزءاً من "مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية" وكنت تحصل على مخصص تكميلي لإعاشة الأسرة، فلا تقم بتضمين هذه المخصصات باعتبارها من الدخل. إضافة إلى ذلك، فيما يتعلق بأفراد الخدمة الموزعين، لن يُعتبر من دخل الأسرة إلا ذلك الجزء من دخل فرد الخدمة الموزع الذي يتم توفيره بواسطة أو بالنيابة عنه إلى الأسرة. يتم أيضاً استبعاد راتب الحرب، بما فيه الراتب التحفيزي لتمديد الخدمة (DEIP)، ولن يتم اعتباره من دخل الأسرة. أما كل المخصصات الأخرى فيجب تضمينها في دخلك الإجمالي.

أثناء تنفيذ برنامج CACFP، لن يتم التمييز ضد أي شخص على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة.

إذا كانت لديك استفسارات أخرى أو تحتاج إلى مساعدة، فاتصل برقم [phone number].

المخلص،

[signature]





## إرشادات لإكمال نموذج تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات من CACFP (رعاية الأطفال)

اتبع الإرشادات التالية، إذا كانت أسرته تحصل على فوائد SNAP أو TANF أو FDPIR:

- الجزء الأول: اسرد قائمة بكل أفراد الأسرة والأطفال المسجلين.  
الجزء الثاني: اسرد قائمة برقم الحالة لكل فرد في الأسرة (بمن فيهم البالغين) يحصل على فوائد [State SNAP] أو [State TANF] أو [FDPIR].  
الجزء الثالث: قم بتخطي هذا الجزء.  
الجزء الرابع: قم بتخطي هذا الجزء.  
الجزء الخامس: قم بتوقيع الاستمارة. غير ضروري إضافة آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي.  
الجزء السادس: أجب عن هذا السؤال إذا اخترت ذلك.

إذا كنت تتقدم بالنيابة عن طفل متبنى، فاتبع الإرشادات التالية:

- إذا كان كل الأطفال الذين تتقدم بطلب لهم هم أطفال متبنون، أو إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على فوائد للطفل المتبنى:  
الجزء الأول: اسرد قائمة بكل الأطفال المتبنين. ضع علامة في الخانة التي تشير إلى أن الطفل هو طفل متبنى.  
الجزء الثاني: قم بتخطي هذا الجزء.  
الجزء الثالث: قم بتخطي هذا الجزء.  
الجزء الرابع: قم بتخطي هذا الجزء.  
الجزء الخامس: قم بتوقيع الاستمارة. رقم الضمان الاجتماعي غير ضروري.  
الجزء السادس: أجب عن هذا السؤال إذا اخترت ذلك.

إذا كان بعض الأطفال في أسرته هم أطفال متبنون.

الجزء الأول: اسرد قائمة بكل أفراد الأسرة والأطفال المسجلين. بالنسبة لأي شخص ليس له دخل، بمن فيهم الأطفال، يجب عليك وضع علامة في الخانة "بدون دخل". ضع علامة في الخانة إذا كان الطفل هو طفل متبنى.

- الجزء الثاني: إذا لم يكن للأسرة رقم حالة، فقم بتخطي هذا الجزء.  
الجزء الثالث: إذا كان أي طفل تتقدم بطلب له مشرداً أو مهاجراً أو هارباً فضع علامة في الخانة المناسبة واتصل بـ [your school, homeless liaison, migrant coordinator] إن لم يكن، فقم بتخطي هذا الجزء.  
الجزء الرابع: اتبع الإرشادات التالية للإبلاغ عن إجمالي دخل الأسرة من الشهر الجاري أو الشهر الماضي.

**العمود أ – الاسم:** اسرد فقط الاسم الأول والأخير لكل شخص يعيش في أسرته ويشترك في الدخل والمصروفات، سواء أكانت تربطه بك صلة قرابة أم لا (مثل الآباء أو الأقارب الآخرين أو الأصدقاء الذين يعيشون معك) مع الدخل. قم بتضمين نفسك وكل الأطفال الذين يعيشون معك. قم بإرفاق ورقة أخرى إذا كنت بحاجة لها.

**العمود ب – إجمالي الدخل وعدد مرات الحصول عليه:** بالنسبة لكل فرد في الأسرة، اسرد قائمة بكل نوع من الدخل يتم الحصول عليه في الشهر. ويجب أن تخبرنا بعدد مرات الحصول على المال – أسبوعياً أو أسبوع بعد أسبوع أو مرتين شهرياً أو شهرياً.

**الخانة 1:** اسرد إجمالي الدخل وليس صافي الراتب. إجمالي الدخل هو المبلغ الذي يتم الحصول عليه قبل الضرائب والاستقطاعات الأخرى. وينبغي أن تتمكن من إيجاده في إيصال الراتب، أو يستطيع رئيسك إخبارك به.

**الخانة 2:** اسرد المبلغ الذي يحصل عليه كل شخص في الشهر من الإعانة الاجتماعية ودعم الأطفال ونفقة الزوجة المطلقة.

**الخانة 3:** اسرد فوائد التقاعد والضمان الاجتماعي ودخل الضمان التكميلي (SSI) وفوائد المحاربين القدامى (VA) وفوائد الإعاقة.

**الخانة 4:** اسرد كل الدخل الأخر، بما فيه تعويضات العمال، وفوائد البطالة أو الإضراب، والمساهمات المنتظمة من الأشخاص الذين لا يعيشون في أسرته، وأي دخل آخر. بالنسبة لأصحاب الأعمال الحرة فقط، أبلغ عن الدخل بعد المصروفات في الخانة 1. والخانة 4 مخصصة لعملك التجاري أو مزرعتك أو عقارك المؤجر. لا تقم بتضمين الدخل الآتي من أو SNAP أو FDPIR أو WIC أو فوائد التعليم الفيديالي. إذا كنت مشتركاً في مبادرة خص خص الإسكان العسكرية أو تحصل على راتب الحرب، فلا تقم بتضمين مخصصات الإسكان هذه باعتبارها من الدخل.

الجزء الخامس: يجب على فرد الأسرة البالغ التوقيع على الاستمارة وسرد آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي أو وضع علامة في الخانة إذا لم يكن لديه رقم.

الجزء السادس: أجب عن هذا السؤال إذا اخترت ذلك.



## إرشادات لإكمال نموذج تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات من CACFP (رعاية الأطفال)

بالنسبة لكل الأسر الأخرى، بما فيها أسر WIC، يجب اتباع الإرشادات التالية:

**الجزء الأول:** اسرد قائمة بكل أفراد الأسرة والأطفال المسجلين. بالنسبة لأي شخص ليس له دخل، بمن فيهم الأطفال، يجب عليك وضع علامة في الخانة "بدون دخل".

**الجزء الثاني:** قم بتخطي هذا الجزء.

**الجزء الثالث:** قم بتخطي هذا الجزء.

**الجزء الرابع:** اتبع الإرشادات التالية للإبلاغ عن إجمالي دخل الأسرة من الشهر الجاري أو الشهر الماضي.

**العمود أ – الاسم:** اسرد فقط الاسم الأول والأخير لكل شخص يعيش في أسرتك ويشترك في الدخل والمصروفات، سواء أكانت تربطه بك صلة قرابة أم لا (مثل الآباء أو الأقارب الآخرين أو الأصدقاء الذين يعيشون معك) مع الدخل. قم بتضمين نفسك وكل الأطفال الذين يعيشون معك. قم بإرفاق ورقة أخرى إذا كنت بحاجة لها.

**العمود ب – إجمالي الدخل وعدد مرات الحصول عليه:** بالنسبة لكل فرد في الأسرة، اسرد قائمة بكل نوع من الدخل يتم الحصول عليه في الشهر. **يجب** أن تخبرنا بعدد مرات الحصول على المال – أسبوعياً أو أسبوع بعد أسبوع أو مرتين شهرياً أو شهرياً.

**الخانة 1:** اسرد إجمالي الدخل وليس صافي الراتب. فإجمالي الدخل هو المبلغ الذي يتم الحصول عليه قبل الضرائب والاستقطاعات الأخرى. وينبغي أن تتمكن من إيجاده في إيصال الراتب، أو يستطيع رئيسك إخبارك به.

**الخانة 2:** اسرد المبلغ الذي يحصل عليه كل شخص في الشهر من الإعانة الاجتماعية ودعم الأطفال ونفقة الزوجة المطلقة.

**الخانة 3:** اسرد فوائد التقاعد والضمان الاجتماعي ودخل الضمان التكميلي (SSI) وفوائد المحاربين القدامى (VA) وفوائد الإعاقة.

**الخانة 4:** اسرد كل الدخل الأخر، بما فيه تعويضات العمال، وفوائد البطالة أو الإضراب، والمساهمات المنتظمة من الأشخاص الذين لا يعيشون في أسرتك، وأي دخل آخر. بالنسبة لأصحاب الأعمال الحرة فقط، أبلغ عن الدخل بعد المصروفات في الخانة 1. والخانة 4 مخصصة لعملك التجاري أو مزرعتك أو عقارك المؤجر. لا تقم بتضمين الدخل الآتي من أو SNAP أو FDPIR أو WIC أو فوائد التعليم الفيديالي. إذا كنت مشتركاً في مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية أو تحصل على راتب الحرب، فلا تقم بتضمين مخصصات الإسكان هذه باعتبارها من الدخل.

**الجزء الخامس:** يجب على فرد الأسرة البالغ التوقيع على الاستمارة وسرد آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي أو وضع علامة في الخانة إذا لم يكن لديه رقم.

**الجزء السادس:** أجب عن هذا السؤال إذا اخترت ذلك.

يشرح هذا البيان كيفية استخدامنا للمعلومات التي تقدمها لنا.

**بيان عدم التمييز:** يشرح هذا البيان ما يجب عمله إذا اعتقدت أنه تمت معاملتك بشكل غير عادل.



إرشادات لإكمال نموذج تأهل الدخل الخاص  
بفوائد الوجبات من CACFP (رعاية البالغين)

اتبع الإرشادات التالية، إذا كانت أسرته تحصل على فوائد SNAP أو FDPIR أو SSI أو Medicaid:

- الجزء الأول: اسرد أسماء المشاركين البالغين فقط.  
الجزء الثاني: اسرد قائمة برقم الحالة لكل فرد في الأسرة يحصل على فوائد [State SNAP] أو [FDPIR] أو [SSI] أو [Medicaid].  
الجزء الثالث: قم بتخطي هذا الجزء.  
الجزء الرابع: قم بتوقيع الاستمارة. غير ضروري إضافة آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي.  
الجزء الخامس: أجب عن هذا السؤال إذا اخترت ذلك.

بالنسبة لكل الأسر الأخرى، يجب اتباع الإرشادات التالية:

الجزء الأول: اسرد أسماء المشاركين البالغين فقط. بالنسبة لأي مشارك ليس له دخل، يجب عليك وضع علامة في الخانة "بدون دخل".

الجزء الثاني: قم بتخطي هذا الجزء.

الجزء الثالث: اتبع الإرشادات التالية للإبلاغ عن إجمالي دخل الأسرة من الشهر الجاري أو الشهر الماضي.

العمود أ – الاسم: اسرد الاسم الأول والأخير للمشارك البالغ، وزوجه/زوجته، والمعالين عليه الذين يعيشون في أسرتك ويشتركون في الدخل والمصروفات.

العمود ب – إجمالي الدخل وعدد مرات الحصول عليه: بالنسبة لكل فرد في الأسرة من المشاركين، أو زوجه/زوجته أو المعال على المشارك، اسرد كل نوع من الدخل يتم الحصول عليه في الشهر. ويجب أن نخبرنا بعدد مرات الحصول على المال – أسبوعياً أو أسبوع بعد أسبوع أو مرتين شهرياً أو شهرياً.

الخانة 1: اسرد إجمالي الدخل وليس صافي الراتب. فإجمالي الدخل هو المبلغ الذي يتم الحصول عليه قبل الضرائب والاستقطاعات الأخرى.

وينبغي أن تتمكن من إيجاده في إيصال الراتب، أو يستطيع رئيسك إخبارك به.

الخانة 2: اسرد المبلغ الذي يحصل عليه كل شخص في الشهر من الإعانة الاجتماعية ودعم الأطفال ونفقة الزوجة المطلقة.

الخانة 3: اسرد فوائد التقاعد والضمان الاجتماعي وفوائد المحاربين القدامى (VA) وفوائد الإعاقة.

الخانة 4: اسرد كل الدخل الأخر، بما فيه تعويضات العمال، وفوائد البطالة أو الإضراب، والمساهمات المنتظمة من الأشخاص الذين لا يعيشون في أسرتك، وأي دخل آخر. بالنسبة لأصحاب الأعمال الحرة فقط، أبلغ عن الدخل بعد المصروفات في الخانة 1. والخانة 4 مخصصة لعملك التجاري أو مزرعتك أو عقارك المؤجر. لا تقم بتضمين الدخل الآتي من أو SNAP أو FDPIR أو WIC أو فوائد التعليم الفيدرالي. إذا كنت مشتركاً في مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية أو تحصل على راتب الحرب، فلا تقم بتضمين مخصصات الإسكان هذه باعتبارها من الدخل.

الجزء الرابع: يجب على فرد الأسرة البالغ التوقيع على الاستمارة وسرد آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي أو وضع علامة في الخانة إذا لم يكن لديه رقم.

الجزء الخامس: أجب عن هذا السؤال إذا اخترت ذلك.

يشرح هذا البيان كيفية استخدامنا للمعلومات التي تقدمها لنا.

بيان عدم التمييز: يشرح هذا البيان ما يجب عمله إذا اعتقدت أنه تمت معاملتك بشكل غير عادل.



## نموذج تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات من CACFP (رعاية الأطفال)

الجزء الأول. كل أفراد الأسرة				
اسم الطفل (الأطفال المسجل(ين)):				
أسماء كل أفراد الأسرة (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير)	حدد إذا كان الطفل متبنى (المسئولية القانونية لوكالة الإعانة الاجتماعية أو المحكمة)	حدد إذا كان بدون دخل		
	* إذا كان كل الأطفال المدرجة أسماؤهم أدناه هم أطفال متبنون، فقم بالتخطي إلى الجزء الخامس للتوقيع على هذه الاستمارة.			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
الجزء الثاني. الفوائد: إذا كان أي فرد في أسرتك يحصل على فوائد				
فعلبك بتقديم الاسم ورقم الحالة لهذا الشخص الذي يحصل على الفوائد. وإذا لم يحصل أي شخص على هذه الفوائد، فقم بالتخطي إلى الجزء الثالث.				
الاسم: _____ رقم الحالة: _____				
الجزء الثالث. إذا كان أي طفل تتقدم بطلب له مشرداً أو مهاجراً أو هارباً فضع علامة في الخانة المناسبة واتصل بـ				
<input type="checkbox"/> مشرد <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/> هارب				
الجزء الرابع. إجمالي دخل الأسرة. يجب أن تخبرنا بالمبلغ وعدد مرات الحصول عليه				
ب. إجمالي الدخل وعدد مرات الحصول عليه				
أ. الاسم (اسرد أفراد الأسرة أصحاب الدخل فقط)	1. إيرادات العمل قبل الاستقطاعات	2. الإعانة الاجتماعية، دعم الأطفال، نفقة المطلقة	3. المعاشات التقاعدية، التقاعد، الضمان الاجتماعي، فوائد SSI، VA	4. كل الدخل الآخر
(مثال) جان سميث	200 دولار/أسبوعياً	150 دولار/مرتين شهرياً	100 دولار/شهرياً	\$ _____ / _____
	دولار/	دولار/	دولار/	دولار/
	دولار/	دولار/	دولار/	دولار/
	دولار/	دولار/	دولار/	دولار/
	دولار/	دولار/	دولار/	دولار/
	دولار/	دولار/	دولار/	دولار/
الجزء الخامس. التوقيع وآخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (يجب على شخص بالغ التوقيع)				
يجب على أحد أفراد الأسرة البالغين التوقيع على هذه الاستمارة. في حالة إكمال الجزء الثالث، فإن الشخص البالغ الذي يوقع على الاستمارة يجب عليه أيضاً سرد آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي له أو وضع علامة في خانة "ليس لدي رقم ضمان اجتماعي". (انظر البيان على الجزء الخلفي من هذه الصفحة.)				
أشهد بأن كل المعلومات الواردة في هذه الاستمارة صحيحة وأنه تم الإبلاغ عن كل مصادر الدخل. وأفهم أن المركز أو دار الرعاية اليومية سوف يحصل على الأموال الفيدرالية استناداً إلى المعلومات التي أقدمها. كما أفهم أن مسؤولي برنامج CACFP يمكنهم التأكد من صحة المعلومات. وأفهم أنه إذا قدمت معلومات زائفة عمداً، فقد يخسر المشارك الذي يحصل على الوجبات فوائد الوجبات، وقد تتم مقاضاتي.				
التوقيع هنا: _____ كتابة الاسم مطبوعاً: _____				
التاريخ: _____				
العنوان: _____ رقم الهاتف: _____				
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____				
آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي: _____ - * * * - * * * <input type="checkbox"/> ليس لدي رقم ضمان اجتماعي				



## نموذج تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات من CACFP (رعاية الأطفال)

الجزء السادس. الهويات الإثنية والعرقية للمشارك (اختياري)	
ضع علامة أمام هوية إثنية واحدة:	ضع علامة أمام واحدة أو أكثر من الهويات العرقية:
<input type="checkbox"/> أسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> غير أسباني أو لاتيني	<input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أمريكي أفريقي أو أسود <input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو أحد سكان الأسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أحد سكان الأصليين بهواي أو إحدى جزر الهادئ الأخرى
لا تملأ هذا الجزء. فهذا مخصص للاستخدام الرسمي فقط.	
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12	
Total Income: _____ Per: <input type="checkbox"/> Week, <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks, <input type="checkbox"/> Twice A Month, <input type="checkbox"/> Month, <input type="checkbox"/> 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: _____

قد يتأهل المشاركون في منشأة الرعاية اليومية للحصول على وجبات مجانية ومخفضة السعر إذا كان مستوى دخل أسرته ينحصر ضمن الحدود المذكورة في هذا الجدول.

سنوياً	حجم الأسرة
	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	كل شخص إضافي:

ارسل " بتقديم المعلومات الواردة في هذا الطلب. لا يتعين عليك تقديم المعلومات، ولكنك إذا لم تقم بذلك، لا يمكننا الموافقة على المشارك لكي يحصل على وجبات مجانية أو مخفضة السعر. ويجب عليك تضمين آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي لفرد الأسرة البالغ الذي يوقع على الطلب. ولا يكون رقم الضمان الاجتماعي ضرورياً عندما تتقدم بطلب بالنيابة عن طفل متبنى أو عندما تسرد رقم حالة برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع الأغذية على المناطق الخاصة بالهنود (FDPIR) للمشارك أو أي رقم تعريف (FDPIR)، أو عندما تشير إلى أن فرد الأسرة البالغ الذي يوقع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي (Social Security Number). وسوف نستخدم المعلومات الخاصة بك لتحديد ما إذا كان المشارك مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر، وإدارة وتنفيذ البرنامج.

**بيان عدم التمييز:** يشرح هذا البيان ما يجب عمله إذا اعتقدت أنه تمت معاملتك بشكل غير عادل. "طبقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، محظور على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة. وتسجيل شكوى بالتمييز، أرسل رسالة إلى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو (866) 632-9992 اتصل برقم الخدمة المجانية (صوتياً). وبالنسبة للأشخاص المعاقين سمعياً أو يعانون من إعاقات كلامية، يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339؛ أو (800) 845-6136 (باللغة الأسبانية). ويُعتبر USDA صاحب عمل وموفرًا للفرص المتكافئة."



## نموذج تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات من CACFP (رعاية البالغين)

الجزء الأول. كل أفراد الأسرة				
اسم البالغ(ين) المسجل(ين):				
أسماء المشاركين البالغين (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير)				
حدد إذا كان بدون دخل				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
الجزء الثاني. الفوائد: إذا كان أي فرد في أسرتك يحصل على فوائد أو أو أو ، فعليك بتقديم الاسم ورقم الحالة لهذا الشخص الذي يحصل على الفوائد. وإذا لم يكن أي شخص يحصل على هذه الفوائد، فقم بالتخطي إلى الجزء الثالث.				
الاسم: _____ رقم الحالة: _____				
الجزء الثالث. إجمالي دخل الأسرة. يجب أن تخبرنا بالمبلغ وعدد مرات الحصول عليه				
ب. إجمالي الدخل وعدد مرات الحصول عليه				
أ. الاسم (اسرد فقط المشارك(ين) والزوج/الزوجة والأطفال المعالين على المشارك(ين))				
1. إيرادات العمل قبل الاستقطاعات				
2. الإعانة الاجتماعية، دعم الأطفال، نفقة المطلقة				
3. المعاشات التقاعدية، التقاعد، الضمان الاجتماعي، فوائد SSI، VA				
4. كل الدخل الأخر				
200 دولار/أسبوعياً				
150 دولار/مرتين شهرياً				
100 دولار/شهرياً				
_____ / _____ \$				
دولار/				
الجزء الرابع. التوقيع وآخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي				
يجب على أحد أفراد الأسرة البالغين التوقيع على هذه الاستمارة. في حالة إكمال الجزء الثالث، فإن الشخص البالغ الذي يوقع على الاستمارة يجب عليه أيضاً سرد آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي له أو وضع علامة في خانة "ليس لدي رقم ضمان اجتماعي". (انظر البيان على الجزء الخلفي من هذه الصفحة.)				
أشهد بأن كل المعلومات الواردة في هذه الاستمارة صحيحة وأنه تم الإبلاغ عن كل مصادر الدخل. وأفهم أن المركز أو دار الرعاية اليومية سوف يحصل على الأموال الفيدرالية استناداً إلى المعلومات التي أقدمها. كما أفهم أن مسؤولي برنامج CACFP يمكنهم التأكد من صحة المعلومات. وأفهم أنه إذا قدمت معلومات زائفة عمدًا، فقد يخسر المشارك الذي يحصل على الوجبات فوائد الوجبات، وقد تتم مقاضاتي.				
التوقيع هنا: _____ كتابة الاسم مطبوعاً: _____				
التاريخ: _____				
العنوان: _____ رقم الهاتف: _____				
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____				
آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي: _____ * * * - * * *				
<input type="checkbox"/> ليس لدي رقم ضمان اجتماعي				
الجزء الخامس. الهويات الإثنية والعرقية للمشارك (اختياري)				
ضع علامة أمام هوية إثنية واحدة:				
ضع علامة أمام واحدة أو أكثر من الهويات العرقية:				
<input type="checkbox"/> أسباني أو لاتيني				
<input type="checkbox"/> غير أسباني أو لاتيني				
<input type="checkbox"/> أسبوي				
<input type="checkbox"/> أبيض				
<input type="checkbox"/> أمريكي أفريقي أو أسود				
<input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو أحد سكان الأسكا الأصليين				
<input type="checkbox"/> أحد سكان الأصليين بهواوي أو إحدى جزر الهادئ الأخرى				



## نموذج تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات من CACFP (رعاية البالغين)

لا تملأ هذا الجزء. فهذا مخصص للاستخدام الرسمي فقط.

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: \_\_\_\_\_

قد يتأهل المشارك في منشأة الرعاية اليومية للحصول على وجبات مجانية ومخفضة السعر إذا كان مستوى دخل أسرتك ينحصر ضمن الحدود المذكورة في هذا الجدول.

حجم الأسرة	سنوياً
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
كل شخص إضافي:	

راسل " بتقديم المعلومات الواردة في هذا الطلب. لا يتعين عليك تقديم المعلومات، ولكنك إذا لم تقم بذلك، لا يمكننا الموافقة على المشارك لكي يحصل على وجبات مجانية أو مخفضة السعر. ويجب عليك تضمين آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي لفرد الأسرة البالغ الذي يوقع على الطلب. ولا يكون رقم الضمان الاجتماعي ضرورياً عندما تسرد رقم حالة برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع الأغذية على المناطق الخاصة بالهنود (FDPIR) للمشارك أو أي رقم تعريف (FDPIR)، أو عندما تشير إلى أن فرد الأسرة البالغ الذي يوقع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي (Social Security Number). وسوف نستخدم المعلومات الخاصة بك لتحديد ما إذا كان المشارك مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر، ولإدارة وتنفيذ البرنامج.

**بيان عدم التمييز:** يشرح هذا البيان ما يجب عمله إذا اعتقدت أنه تمت معاملتك بشكل غير عادل. "طبقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، محظور على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة. ولتسجيل شكوى بالتمييز، أرسل رسالة إلى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو (866) 632-9992 اتصل برقم الخدمة المجانية (صوتياً). وبالنسبة للأشخاص المعاقين سمعياً أو يعانون من إعاقات كلامية، يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339؛ أو (800) 845-6136 (باللغة الأسبانية). ويُعتبر USDA صاحب عمل وموفر الفرص المتكافئة."

يجب عليك إرسال المعلومات التي نحتاجها، أو الاتصال بـ **[name]** بحلول يوم **[date]**، وإلا فسوف يتوقف حصول مركزنا على التعويضات المجانية أو المخفضة السعر نظير الوجبات المقدمة إلى طفلك (أطفالك).

المركز/المنظمة الراعية: **[ Name ]**

**[Date]**

السيد **[Name]**:

سوف نقوم بفحص "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات لبرنامج CACFP" الخاصة بك. ويجب أن نفعل ذلك للتأكد من أن فوائد CACFP تصل للأشخاص المؤهلين فقط. ويجب عليك أن ترسل لنا المعلومات لإثبات أن **[name(s) of participant(s)]** مؤهل(ون).

وإذا أمكن، فقم بإرسال نسخ، وليس الأصول. فإذا أرسلت الأصول، فلن تتم إعادتها إليك إلا إذا طلبت ذلك. لا ترسل بطاقة EBT الخاصة بك أو أي بطاقة فوائد أخرى سوف تحتاجها.

1. إذا كنت تحصل على فوائد من SNAP أو TANF أو FDPIR في وقت تقدمك بطلب للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر، أو في أي وقت منذ ذلك الحين، فأرسل لنا نسخة من أحد المستندات التالية:

- إخطار اعتماد SNAP أو TANF أو FDPIR الذي يوضح تواريخ الاعتماد.
- خطاب من مكتب SNAP أو مكتب الإعانة الاجتماعية يفيد بأنه تمت الموافقة على حصولك على فوائد SNAP أو TANF.

2. إذا حصلت على هذا الخطاب من أجل طفل مبتلى:

فعلينا بتقديم الاسم ومعلومات الاتصال لشخص في الوكالة أو المحكمة يمكنه تأكيد أن الطفل يخضع للمسئولية القانونية للوكالة أو المحكمة.

3. إذا لم تكن تحصل على فوائد SNAP أو TANF أو FDPIR: فأرسل هذه الصفحة مع الأوراق التي توضح المبلغ الذي تحصل عليه أسرتك من كل مصدر من مصادر الدخل. ويجب أن توضح الأوراق التي ترسلها اسم الشخص الذي حصل على الدخل، وتاريخ الحصول عليه، والمبلغ الذي تم الحصول عليه، وعدد مرات الحصول عليه. أرسل هذه المعلومات إلى: **[address]**.

**تشتمل الأوراق المقبولة على:**

**الوظائف:** كعب شبك الراتب أو مظروف الراتب الذي يوضح المبلغ وعدد مرات الحصول عليه؛ خطاب من صاحب العمل يوضح إجمالي الأجور وعدد مرات الحصول عليها؛ أو أوراق العمل التجاري أو الزراعة، مثل دفتر الأستاذ العام أو الإقرارات الضريبية. **الضمان الاجتماعي، أو المعاشات التقاعدية، أو التقاعد:** خطاب فوائد التقاعد من الضمان الاجتماعي، أو بيان الفوائد التي يتم الحصول عليها، أو إخطار مكافأة المعاش التقاعدي. **تعويض البطالة أو الإعاقة أو تعويضات العمال:** إخطار التأهل من مكتب الأمن الوظيفي بالولاية، أو كعب الشيك، أو خطاب من مكتب تعويضات العمال. **مدفوعات الإعانة الاجتماعية:** خطاب فوائد من وكالة الإعانة الاجتماعية. **دعم الأطفال أو نفقة المطلقة:** أمر المحكمة، أو الاتفاقية، أو نسخ من الشيكات المستلمة. **الدخل الآخر (مثل دخل الإيجار):** المعلومات التي توضح مبلغ الدخل الذي يتم الحصول عليه، وعدد مرات الحصول عليه، وتاريخ الحصول عليه.

بدون دخل: ملاحظة قصيرة توضح كيف توفر المأكل والملبس والمسكن لأسرتك، ومتى تتوقع الحصول على دخل.  
مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية: خطاب أو عقد تأجير يوضح أن مسكنك جزء من "مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية".

الإطار الزمني لمستندات الدخل المقبولة: يُرجى تقديم أوراق توضح دخلك في وقت تقدمك للحصول على الفوائد. وإذا لم يكن لديك هذه المعلومات، يمكنك تقديم أوراق من وقت استيفاء "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات لبرنامج CACFP" حتى وقت التحقق من المعلومات.

إذا كانت لديك استفسارات أخرى أو تحتاج إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بـ [name] على الرقم [phone number].

المخلص،

[signature]

---

يطالب "قانون الغذاء المدرسي الوطني لريتشارد بي. راسل" بتقديم المعلومات الواردة في استمارة فوائد الوجبات هذه. لا يتعين عليك تقديم المعلومات، ولكنك إذا لم تقم بذلك، لا يمكننا الموافقة على المشاركة لكي يحصل على وجبات مجانية أو مخفضة السعر. ويجب عليك تضمين آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي لكل أفراد الأسرة البالغين، بمن فيهم المشارك في رعاية الأطفال. ولا يكون رقم الضمان الاجتماعي ضرورياً عندما تتقدم بطلب بالنيابة عن طفل متبنى أو عندما تسرد رقم تعريف برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج الإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع الأغذية على المناطق الخاصة بالهنود (FDPIR) أو أي رقم تعريف FDPIR للمشارك الذي يحصل على فوائد الوجبات، أو عندما تشير إلى أن فرد الأسرة البالغ الذي يوقع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. وسوف نستخدم المعلومات الخاصة بك لتحديد ما إذا كان المشارك مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر، وإدارة وتنفيذ برنامج CACFP.

---

**بيان عدم التمييز:** يشرح هذا البيان ما يجب عمله إذا اعتقدت أنه تمت معاملتك بشكل غير عادل. "طبقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، محظور على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة. ولتسجيل شكوى بالتمييز، أرسل رسالة إلى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو (866) 632-9992 اتصل برقم الخدمة المجانية (صوتياً). وبالنسبة للأشخاص المعاقين سمعياً أو يعانون من إعاقات كلامية، يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339؛ أو (800) 845-6136 (باللغة الأسبانية). ويُعتبر USDA صاحب عمل وموفرًا للفرص المتكافئة."

يجب عليك إرسال المعلومات التي نحتاجها، أو الاتصال بـ **[name]** بحلول يوم **[date]**، وإلا فسوف يتوقف حصول مركزنا على التعويضات المجانية أو المخفضة السعر نظير الوجبات المقدمة إلى المشارك البالغ.

المركز/المنظمة الراعية: **[ Name ]**

**[Date]**

السيد **[Name]**:

سوف نقوم بفحص "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات لبرنامج CACFP" الخاصة بك. ويجب أن نفعل ذلك للتأكد من أن فوائد CACFP تصل للأشخاص المؤهلين فقط. ويجب عليك أن ترسل لنا المعلومات لإثبات أن **[name(s) of participant(s)]** مؤهل(ون).

وإذا أمكن، فقم بإرسال نسخ، وليس الأصول. فإذا أرسلت الأصول، فلن تتم إعادتها إليك إلا إذا طلبت ذلك. لا ترسل بطاقة EBT الخاصة بك أو أي بطاقة فوائد أخرى سوف تحتاجها.

1. إذا كنت تحصل على فوائد من SNAP أو FDPIR أو SSI أو Medicaid في وقت تقدمك بطلب للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر، أو في أي وقت منذ ذلك الحين، فأرسل لنا نسخة من أحد المستندات التالية:

- إخطار اعتماد SNAP أو FDPIR أو SSI أو Medicaid الذي يوضح تواريخ الاعتماد.
- خطاب من SNAP يفيد بأنه تمت الموافقة على حصولك على فوائد SNAP.

2. إذا لم تكن تحصل على فوائد SNAP أو FDPIR أو SSI أو Medicaid: فأرسل هذه الصفحة مع الأوراق التي توضح المبلغ الذي تحصل عليه أسرتك من كل مصدر من مصادر الدخل. ويجب أن توضح الأوراق التي ترسلها اسم الشخص الذي حصل على الدخل، وتاريخ الحصول عليه، والمبلغ الذي تم الحصول عليه، وعدد مرات الحصول عليه. أرسل هذه المعلومات إلى: **[address]**.

### تشتمل الأوراق المقبولة على:

**الوظائف:** كعب شيك الراتب أو مظروف الراتب الذي يوضح المبلغ وعدد مرات الحصول عليه؛ خطاب من صاحب العمل يوضح إجمالي الأجور وعدد مرات الحصول عليها؛ أو أوراق العمل التجاري أو الزراعة، مثل دفتر الأستاذ العام أو الإقرارات الضريبية.

**الضمان الاجتماعي، أو المعاشات التقاعدية، أو التقاعد:** خطاب فوائد التقاعد من الضمان الاجتماعي، أو بيان الفوائد التي يتم الحصول عليها، أو إخطار مكافأة المعاش التقاعدي.

**تعويض البطالة أو الإعاقة أو تعويضات العمال:** إخطار التأهل من مكتب الأمن الوظيفي بالولاية، أو كعب الشيك، أو خطاب من مكتب تعويضات العمال.

**مدفوعات الإعانة الاجتماعية:** خطاب فوائد من وكالة الإعانة الاجتماعية.

**دعم الأطفال أو نفقة المطلقة:** أمر المحكمة، أو الاتفاقية، أو نسخ من الشيكات المستلمة.

**الدخل الآخر (مثل دخل الإيجار):** المعلومات التي توضح مبلغ الدخل الذي يتم الحصول عليه، وعدد مرات الحصول عليه، وتاريخ الحصول عليه.

**بدون دخل:** ملاحظة قصيرة توضح كيف توفر المأكل والملبس والسكن لأسرتك، ومتى تتوقع الحصول على دخل.

**مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية:** خطاب أو عقد تأجير يوضح أن مسكنك جزء من "مبادرة خصخصة الإسكان العسكرية".

الإطار الزمني لمستندات الدخل المقبولة: يُرجى تقديم أوراق توضح دخلك في وقت تقدمك للحصول على الفوائد. وإذا لم يكن لديك هذه المعلومات، يمكنك تقديم أوراق من وقت استيفاء "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات لبرنامج CACFP" حتى وقت التحقق من المعلومات.

إذا كانت لديك استفسارات أخرى أو تحتاج إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بـ [name] على الرقم [phone number].

المخلص،

[signature]

---

يطالب "قانون الغذاء المدرسي الوطني لريتشارد بي. راسل" بتقديم المعلومات الواردة في استمارة فوائد الوجبات هذه. لا يتعين عليك تقديم المعلومات، ولكنك إذا لم تقم بذلك، لا يمكننا الموافقة على المشاركة لكي يحصل على وجبات مجانية أو مخفضة السعر. ويجب عليك تضمين آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي لكل أفراد الأسرة البالغين، بمن فيهم المشارك في الرعاية اليومية للبالغين. ولا يكون رقم الضمان الاجتماعي ضرورياً عندما تسرد رقم تعريف برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) أو برنامج توزيع الأغذية على المناطق الخاصة بالهنود (FDPIR) أو أي رقم تعريف FDPIR أو رقم حالة SSI أو Medicaid للمشارك الذي يحصل على فوائد الوجبات، أو عندما تشير إلى أن فرد الأسرة البالغ الذي يوقع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. وسوف نستخدم المعلومات الخاصة بك لتحديد ما إذا كان المشارك مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر، ولإدارة وتنفيذ برنامج CACFP.

---

**بيان عدم التمييز:** يشرح هذا البيان ما يجب عمله إذا اعتقدت أنه تمت معاملتك بشكل غير عادل. "طبقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، محظور على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة. ولتسجيل شكوى بالتمييز، أرسل رسالة إلى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو (866) 632-9992 اتصل برقم الخدمة المجانية (صوتياً). وبالنسبة للأشخاص المعاقين سمعياً أو يعانون من إعاقات كلامية، يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800)؛ أو 845-6136 (800) (باللغة الأسبانية). ويُعتبر USDA صاحب عمل وموفرًا للفرص المتكافئة."



لقد فحصنا معلومات نموذج تأهل الدخل الخاص  
بفوائد الوجبات من CACFP (رعاية الأطفال)

المركز/المنظمة الراعية: [ Name ]

[ Date: ]

السيد [Name]:

لقد فحصنا المعلومات التي أرسلتها لنا لإثبات أن [name(s) of participant] مؤهل للحصول على فوائد وجبات مجانية أو مخفضة السعر في منشأتنا وقد قررنا أن:

- تأهل المشارك لم يتغير.
- بدءاً من [date]، سوف يتغير تأهل المشارك للحصول على فوائد الوجبات من **المخفضة السعر إلى المجانية** لأن الدخل المثبت يندرج ضمن حدود التأهل للحصول على الوجبات المجانية. سوف يحصل المشارك على الوجبات مجاناً.
- بدءاً من [date]، سوف يتغير تأهل المشارك للحصول على الوجبات من **المخفضة السعر إلى المجانية** لأن الدخل المثبت يتجاوز الحد.
- بدءاً من [date]، لن يُعدَّ المشارك مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر للسبب (للأسباب) التالي(ة).  
\_\_\_\_\_ توضح السجلات أنك لم تحصل على فوائد من SNAP أو TANF أو FDPIR.  
\_\_\_\_\_ ذلك يتجاوز الحد الخاص بالحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر.  
\_\_\_\_\_ لم نَقم بتقديم:  
\_\_\_\_\_ لم ترد على طلبنا.

إذا انخفض مستوى دخل أسرتك أو ازداد حجم أسرتك، يمكنك استيفاء استمارة أخرى من استمارات تأهل الدخل الخاصة بفوائد الوجبات لبرنامج CACFP. وإذا لم تقدم إثبات التأهل الحالي، فسوف يُطلب منك ذلك في حالة تقدمك بطلب ثانيةً.

إذا لم توافق على هذا القرار، يمكنك مناقشته مع [name] على الرقم [phone]. يحقّ لك أيضاً طلب عقد جلسة استماع عادلة. إذا طلبت عقد جلسة استماع بحلول [date]، فسوف يستمر المشارك في الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر إلى أن يتم اتخاذ قرار مسؤول جلسة الاستماع. ويمكنك طلب عقد جلسة استماع عن طريق الاتصال بـ أو مراسلة: [name]، [address]، [phone number].  
المخلص،

[signature]

**بيان عدم التمييز:** يشرح هذا البيان ما يجب عمله إذا اعتقدت أنه تمت معاملتك بشكل غير عادل. "طبقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، محظور على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة. ولتسجيل شكوى بالتمييز، أرسل رسالة إلى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو (866) 632-9992 اتصل برقم الخدمة المجانية (صوتياً). وبالنسبة للأشخاص المعاقين سمعياً أو يعانون من إعاقات كلامية، يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339؛ أو (800) 845-6136 (باللغة الأسبانية). ويُعتبر USDA صاحب عمل وموفرًا للفرص المتكافئة.



لقد فحصنا معلومات نموذج تأهل الدخل الخاص  
بفوائد الوجبات من CACFP (رعاية البالغين)

المركز/المنظمة الراعية: [Name]

[Date:]

السيد [Name]:

لقد فحصنا المعلومات التي أرسلتها لنا لإثبات أن [name(s) of participant] مؤهل للحصول على فوائد وجبات مجانية أو مخفضة السعر في منشأتنا وقد قررنا أن:

- تأهل المشارك لم يتغير.
- بدءاً من [date]، سوف يتغير تأهل المشارك للحصول على فوائد الوجبات من **المخفضة السعر إلى المجانية** لأن الدخل المثبت يندرج ضمن حدود التأهل للحصول على الوجبات المجانية. سوف يحصل المشارك على الوجبات مجاناً.
- بدءاً من [date]، سوف يتغير تأهل المشارك للحصول على الوجبات من **المخفضة السعر إلى المجانية** لأن الدخل المثبت يتجاوز الحد.
- بدءاً من [date]، لن يُعدّ المشارك مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر للسبب (للسبب) التالي(ة).  
توضح السجلات أنك لم تحصل على فوائد من SNAP أو FDPIR أو SSI أو Medicaid.  
دخلك يتجاوز الحد الخاص بالحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر.  
لم تقم بتقديم:  
لم ترد على طلبنا.

إذا انخفض مستوى دخل أسرتك أو ازداد حجم أسرتك، يمكنك استيفاء استمارة أخرى من استمارات تأهل الدخل الخاصة بفوائد الوجبات لبرنامج CACFP. وإذا لم تقدم إثبات التأهل الحالي، فسوف يُطلب منك ذلك في حالة تقدمك بطلب ثانية.

إذا لم توافق على هذا القرار، يمكنك مناقشته مع [name] على الرقم [phone]. يحقّ لك أيضاً طلب عقد جلسة استماع عادلة. إذا طلبت عقد جلسة استماع بحلول [date]، فسوف يستمر المشارك في الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر إلى أن يتم اتخاذ قرار مسئول جلسة الاستماع. ويمكنك طلب عقد جلسة استماع عن طريق الاتصال بـ أو مراسلة: [name]، [address]، [phone number].  
المخلص،

[signature]

**بيان عدم التمييز:** يشرح هذا البيان ما يجب عمله إذا اعتقدت أنه تمت معاملتك بشكل غير عادل. "طبقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، محظور على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس أو السن أو الإعاقة. ولتسجيل شكوى بالتمييز، أرسل رسالة إلى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو (866) 632-9992 اتصل برقم الخدمة المجانية (صوتياً). وبالنسبة للأشخاص المعاقين سمعياً أو يعانون من إعاقات كلامية، يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339؛ أو (800) 845-6136 (باللغة الأسبانية). ويُعتبر USDA صاحب عمل وموفرًا للفرص المتكافئة."



## مشاركة المعلومات مع Medicaid/SCHIP

السيد(ة) الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر:

إذا كان أطفالك مؤهلين للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة السعر، فقد يتمكنون أيضاً من الحصول على تأمين صحي مجاني أو منخفض التكلفة من خلال خدمة Medicaid أو برنامج التأمين الصحي لأطفال الولاية (SCHIP). والأطفال الذين يتمتعون بتأمين صحي يزيد احتمال حصولهم على رعاية صحية منتظمة، في حين يقل احتمال مرضهم.

ونظراً لأن التأمين الصحي هام للغاية بالنسبة لصحة الأطفال، **يتيح لنا القانون إخبار Medicaid وSCHIP بأن أطفالك مؤهلون للحصول على وجبات مجانية ومخفضة السعر، ما لم تخبرنا أنت بعدم القيام بذلك.** ولا يقوم Medicaid وSCHIP باستخدام المعلومات إلا من أجل تحديد الأطفال الذين ربما يكونون مؤهلين للاستفادة من برامجهما. وقد يتصل بك مسئولو البرنامج ليعرضوا عليك تسجيل أسماء أطفالك في برنامج التأمين الصحي هذا. ولا يؤدي ملء "استمارات تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات لبرنامج CACFP" إلى تسجيل أسماء أطفالك تلقائياً في التأمين الصحي.

وإذا لم ترغب في قيامنا بمشاركة معلوماتك مع Medicaid أو SCHIP، فاملأ الاستمارة التالية وأرسلها مع استمارة تأهل الدخل الخاصة بك إلى [address] بحلول يوم [date]. (ولن يغير إرسال هذه الاستمارة شيئاً فيما يتعلق بحصول أطفالك على الوجبات المجانية أو مخفضة السعر.)

لا! لا أرغب في مشاركة المعلومات الواردة في "استمارة تأهل الدخل الخاص بفوائد الوجبات لبرنامج CACFP" الخاصة بي مع خدمة Medicaid أو برنامج التأمين الصحي لأطفال الولاية (SCHIP).

إذا اخترت لا، فاملأ الاستمارة التالية.

اسم الطفل(ة): \_\_\_\_\_

اسم الطفل(ة): \_\_\_\_\_

اسم الطفل(ة): \_\_\_\_\_

اسم الطفل(ة): \_\_\_\_\_

توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_

تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_

كتابة الاسم مطبوعاً: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

لمزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بـ [name] على الرقم [phone]