CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

إستمارة أهلية الدخل للحصول على مساعدات الوجبة الغذائية

إرشادات مراكز برنامج الغذاء لرعاية ألأطفال والبالغين،
المنظمات الراعية والمراكز البيتية التي توفرالرعاية النهارية

تحتوي هذه الحزمة على إستمارات نموذجية:

ألمعلومات ألمطلوب تقديمها للأسر والمراكز البيتية التي توفرالرعاية النهارية.

- رسالة الى الأسر: مقدمي خدمات رعاية ألأطفال النهارية و **Tier II** والرعاية النهارية للبالغين .
- رسالة الى مقدمي خدمات **Tier I** والمراكز البيتية التي توفرالرعاية النهارية
- إستمارة أهلية الدخل للحصول على مساعدات الوجبة الغذائية: مركز الرعاية النهارية للأطفال ومركز الرعاية النهارية للبالغين (مع الارشادات)

ملاحظة: الولايات غير ملزمة باستعمال النماذج الملحقة، ولكن يجب عليها التأكد من أن المعلومات قد تم تزويدها.

مواد التحقق من معلومات أهلية الدخل:

- تبليغ بالاختيار للتحقق من الأهلية (برامج التسعير فقط): مركز الرعاية النهارية للأطفال ومركز الرعاية النهارية للبالغين.
- رسالة بنتائج التحقق (برنامج التسعير فقط): مركز الرعاية النهارية للأطفال ومركز الرعاية النهارية للبالغين.

مواد إختيارية متعلقة بالطلب قد يتم تقديمها للأسر:

- المشاركة بالمعلومات مع Medicaid و SCHIP

الصفحات مصممة للطباعة على أوراق من قياس″8.5×″11. بعض الصفحات قد تكون مطبوعة على كلا الجانبين. الـ **[bold, bracketed fields]** تشير الى الاماكن التي تتطلب إدخال معلومات مخصصة لك بشأن الجهة التي يمكنك الإتصال بها للمساعدة و اين يتم تقديم الإستمارة (ألإستمارات) المعبأة بالكامل. يجب أن تدخل اسم ولايتك لبرنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) ، برنامج الولاية للتأمين الصحي للاطفال (SCHIP)، و / أو اذا كان مطلوبا، اضف برنامج توزيع الغذاء لمحميات الهنود (FDPIR) .

وهذه الحزمة النموذجية للطلب تحتوي أيضاً على معلومات عن إستثناء مخصصات السكن للمنتسبين إلى مبادرة الخصخصة للإسكان العسكري وبرامج التسعير. اذا كانت هذه االأقسام غير متعلقة بحالتك، يمكنك إزالتها.
قد تطلب منك وكالة ولايتك تقديم هذه الحزمة للموافقة عليها. اذا كانت لديك اسئلة، الرجاء الاتصال بـ :

[State agency address]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

عزيزي ألوالد / ولي ألأمر:

هذه الرسالة موجهة الى آباء أو أولياء امور الاطفال المسجلين في مراكز رعاية الاطفال. **[Name of Center]** يقدم وجبات صحية لجميع الاطفال المسجلين كجزء من مشاركتنا في برنامج الغذاء لمراكز رعاية الاطفال والبالغين-(CACFP)- التابع لوزارة الزراعة ألأمريكية (USDA). تقدم (CACFP) تعويضات عن الوجبات الصحية الكاملة أو الخفيفة المعطاة للاطفال المسجلين في مراكز رعاية الاطفال. الرجاء ان تساعدنا على ألإمتثال لمتطلبات CACFP عن طريق تعبئة الإستمارة الملحقة عن أهلية الدخل للحصول على مساعدات الوجبة الغذائية. إضافة إلى ذلك، بتعبئتك هذه الاستمارة، سوف نتمكن من ان نحدد ما إذا كان طفلك (اطفالك) مؤهلاً للحصول على وجبات غذائية مجانية أو بأسعار مخفضة.

1. **هل عليّ أن أملأ إستمارة معونات الوجبة الغذائية لكل من أطفالي الذين هم في مراكز الرعاية النهارية؟** يمكنك تعبئة وتقديم إستمارة CACFP واحدة لأهلية الدخل للحصول على مساعدات في الوجبة الغذائية لجميع أطفال ألأسرة المسجلين بالرعاية النهارية **فقط** اذا كان جميع ألأطفال مسجلين في نفس المركز. لايمكننا الموافقة على استمارة غير كاملة، لذا نرجو أن تقرأ التعليمات بحذر وأن تملأ جميع المعلومات المطلوبة. **قم بإعادة ألإستمارة بعد تعبئتها إلى: [Name of Center, address, phone number]**
2. **من يستطيع الحصول على وجبات مجانية بدون تزويد معلومات عن الدخل؟** اطفال في أسر حاصلة على البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP) (فودستامب سابقا)، المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) ، أو برنامج توزيع الغذاء على محميات الهنود (FDPIR) يمكنهم الحصول على وجبات مجانية. الأطفال المتبنون والأطفال المسجلون في هيد ستارت مؤهلون أيضاً للحصول على وجبات مجانية. أطفال ألأسر المشاركة في WIC قد يكونون مؤهلين للحصول على وجبات مجانية.
3. **من يستطيع الحصول على وجبات باسعار مخفضة ؟** يستطيع اطفالك الحصول على وجبات باسعار مخفضة اذا كان دخل أسرتك ضمن حدود السعر المُخفّض المأخوذة من القائمة الفدرالية للدخل المبيّنة في هذا الطلب. أطفال في أسر مشاركة ب WIC قد يكونون مؤهلين للحصول على وجبات بأسعار مخفضة.
4. **هل بإمكاني أن أملأ الإستمارة اذا كان أحد أعضاء أسرتي غير أمريكي الجنسية؟** نعم. ليس بالضرورة أن تكون أنت أو أطفالك أمريكيي الجنسية لكي تكون مؤهلاً للحصول على معونات الوجبة الغذائية المقدمة في مركز رعاية الأطفال.
5. **من يجب علي أن أذكر كعضو من أعضاء أسرتي؟** يجب أن تذكر جميع الأفراد الموجودين في منزلك (مثل الأجداد، أقرباء آخرون، أو أصدقاء يعيشون معك) ويشاركونك المصاريف والدخل. يجب أن تشمل نفسك وجميع الأطفال الذين يعيشون معك. ويمكنك ايضاً أن تشمل الأطفال المتبنين الذين يعيشون معك.
6. **كيف ابلغ عن معلومات الدخل والتغيرات في الحالة الوظيفية؟** الدخل المبلغ عنه يجب أن يكون الدخل الاجمالي لكل من أفراد الأسرة في الشهر الماضي مبوّباً حسب المصدر. اذا كان دخل الشهر الماضي غير دقيق في وصف ظروفك، يمكنك أن تقدم تقديراً لدخلك الشهري المتوقع. اذا لم يكن هناك تغيير ملحوظ، تستطيع استخدام دخل الشهر الماضي كأساس لهذا التقدير. اذا كان دخل أسرتك مساويا أو اقل من القيم المعطاة لحجم أسرتك على قائمة الدخل الملحقة فان المركز سوف يحصل على مستوى أعلى من التعويض. عندما تتم الموافقة المناسبة على الوجبات المجانية أو مخفضة ألأسعار، سواء كان ذلك بناءً على الدخل أو عن طريق تقديم أرقام ملفات سارية المفعول ل (FDPIR) (TANF) (SNAP)، ستبقى مؤهلا للحصول على هذه المعونات لمدة 12 شهرا. لكن بكل ألأحوال يجب عليك أن تبلغنا اذا أصبحت أنت أو أحد افراد أسرتك عاطلاً عن العمل بحيث يؤدي فقدان الدخل الى أن يكون دخل ألأسرة ضمن معايير الأهلية.
7. **ماذا لو كان دخلي متغيرا؟** سجل المبلغ الذي تستلمه في الأوقات الاعتيادية. مثلاً، اذا كنت تحصل على 1000 دولار شهريا ولكن تغيبت قليلاً عن العمل في الشهر الماضي واستلمت فقط 900 دولار، اكتب انك تستلم 1000 دولار شهريا. اذا كنت تعمل ساعات اضافية، احسبها مع دخلك ولكن ليس اذا كانت الساعات الاضافية تحصل فقط في بعض الاحيان.
8. **ماذا لو كان عندي أطفال متبنون؟** الاطفال المتبنون والذين يقعون تحت المسؤولية القانونية لوكالة التبني أو محكمة مؤهلون للحصول على وجبات مجانية. أي طفل متبنى في الأسرة مؤهل للحصول على وجبات مجانية بغض النظر عن الدخل . بإمكان الأسرة إدراج الأطفال المتبنين في إستمارة مساعدات الوجبة الغذائية، ولكنها غير ملزمة بذكر المدفوعات التي إستلمتها لاجل الطفل المتبنى كدخل. الأسر التي تود أن تتقدم بطلب لهذا النوع من المعونات للأطفال المتبنين ، يجب عليها الاتصال بـ: **[name, address, phone number].**
9. **نحن في العسكرية، هل علينا ذكر المخصصات السكنية والتكميلية كدخل؟** اذا كان اسكانك يعتبر جزء من مبادرة الخصخصة للإسكان العسكري وتستلم مخصصات تكميلية لإعاشة الأسرة، لا تشمل هذه المخصصات في الدخل. إضافة إلى ذلك، بالنسبة للعسكريين الذين يتم نشرهم خارج البلاد، يتم فقط حساب ذلك الجزء من الدخل المرسل لأسرهم منهم أو نيابة عنهم كدخل للأسرة. دخل المساهمة في المعركة، بما فيها الحوافز المدفوعة لتمديد فترة الإنتشار (DEIP) أيضاً مستثنى ولا يتم حسابه كدخل للأسرة. جميع المخصصات الاخرى يجب أن تذكر كجزء من الدخل الاجمالي.
10. (***Pricing program only***) **هل سيتم التحقق من المعلومات التي أقدمها؟** ممكن. قد نطلب منك تزويدنا بإثبات خطي للتحقق من المعلومات التي قدمتها في الاستمارة. **وماذا اذا لم اوافقكم القرار بشأن المعلومات التي أملأها على هذه الاستمارة؟** يجب أن تتكلم مع: **[Center or Sponsoring Organization]**.

عندما يتعلق ألأمر ببرامج تغذية الطفل، لن يتم ممارسة التمييز ضد أي شخص بسبب العرق، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، العمر أو الاعاقة.

اذا كانت لديك اسئلة اخرى أو تحتاج إلى مساعدة اتصل ب **[phone number].**

بكل إخلاص،

[Signature]

[Insert Sponsoring Organization Letterhead]

عزيزي ألوالد / ولي ألأمر:

هذه الرسالة موجهة الى آباء أو أولياء امور الاطفال المسجلين في المراكز البيتية التي توفرالرعاية النهارية. **[Name of day care home]** يقدم وجبات صحية لجميع الاطفال المسجلين كجزء من مشاركتنا في برنامج الغذاء لمراكز رعاية الاطفال والبالغين-(CACFP)- التابع لوزارة الزراعة ألأمريكية (USDA). تقدم (CACFP) تعويضات عن الوجبات الصحية الكاملة أو الخفيفة المعطاة للاطفال المسجلين في مراكز رعاية الاطفال. الرجاء ان تساعدنا على ألإمتثال لمتطلبات CACFP عن طريق تعبئة الإستمارة الملحقة عن أهلية الدخل للحصول على مساعدات الوجبة الغذائية.

1. **هل علي أن أملأ إستمارة أهلية الدخل لمساعدات الوجبة الغذائية لكي يستطيع طفلي (اطفالي) الحصول على معونات CACFP؟** كلا، ولكن اذا إخترت ذلك، يمكن للمركز الذي يوفر لك الخدمة ان يحصل على تعويضات اكبر للوجبات المقدمة لطفلك. اذا ملأت الاستمارة، فلديك الخيار بأن تعيدها مباشرة الى المركز الذي يقدم الخدمات لطفلك أو الجهة الراعية له **[Sponsor's Name]**. اذا كنت تود ان تقدم استمارتك للجهة للراعية مباشرةً، قم بإعادة ألإستمارة بعد تعبئتها إلى: **[(Sponsor) at name, address, phone number]**.

_____ ضع الحرف ألأول من كل من اسمك ولقبك هنا اذا كنت موافقاً على ان يقوم **[Provider's Name]** بأخذ استمارتك و تقديمها للجهة الراعية.

[Provider's Name] لن يقوم بمراجعة إستمارتك.

2. **هل عليّ أن أملأ إستمارة معونات الوجبة الغذائية لكل من أطفالي الذين هم في مراكز الرعاية النهارية؟** يمكنك تعبئة وتقديم إستمارة CACFP واحدة لأهلية الدخل للحصول على مساعدات في الوجبة الغذائية لجميع أطفال أسرتك المسجلين بالرعاية النهارية **فقط** اذا كان ألأطفال مسجلين في نفس المنزل. لايمكننا الموافقة على استمارة غير كاملة، لذا نرجو التأكد من قراءة التعليمات بحذر وإدخال جميع المعلومات المطلوبة.

3. **من يكون مؤهلاً للحصول على تعويض اكبر بدون تزويد معلومات عن الدخل؟** من يوفر لك هذه الخدمة سيحصل على تعويضات اكبر للوجبات التي يقدمها للأطفال المتبنين وأطفال ألأسر التي تتمتع بمعونات البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP) (المسمى ب فود ستامب سابقاً)، برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع الغذاء على محميات الهنود(FDPIR). أطفال ألأسر المشاركة ب WIC قد يكونون مؤهلين ايضاً للحصول على تعويضات أكبر.

4. **من يكون مؤهلاً للحصول على تعويض اكبر بناءً على الدخل؟** من يوفر لك هذه الخدمة سيحصل على تعويضات اكبر للوجبات التي يقدمها لأطفالك اذا كان دخل أسرتك ضمن حدود السعر المُخفّض المأخوذة من القائمة الفدرالية للدخل المبيّنة في هذا الطلب. أطفال ألأسر المشاركة ب WIC قد يكونون مؤهلين للحصول على تعويضات أكبر.

5. **هل استطيع أن أملأ الإستمارة اذا كان أحد أعضاء أسرتي غير أمريكي الجنسية؟** نعم. ليس بالضرورة أن تكون أنت أو أطفالك أمريكيي الجنسية لتكون مؤهلاً للحصول على معونات الوجبة الغذائية المقدمة في منزل الرعاية النهارية.

6. **من يجب علي أن أذكر كعضو من أعضاء أسرتي؟** يجب أن تذكر جميع الأفراد الموجودين في منزلك (مثل الأجداد، أقرباء آخرون، أو أصدقاء يعيشون معك) ويشاركونك المصاريف والدخل. يجب أن تشمل نفسك وجميع الأطفال الذين يعيشون معك. ويمكنك ايضاً أن تشمل الأطفال المتبنين الذين يعيشون معك.

7. **كيف ابلغ عن معلومات الدخل والتغيرات في الحالة الوظيفية؟** الدخل المبلغ عنه يجب أن يكون الدخل الاجمالي لكل من أفراد الأسرة في الشهر الماضي مبوّباً حسب المصدر. اذا كان دخل الشهر الماضي غير دقيق في وصف ظروفك، يمكنك أن تقدم تقديراً لدخلك الشهري المتوقع. اذا لم يكن هناك تغيير ملحوظ، تستطيع استخدام دخل الشهر الماضي كأساس لهذا التقدير. اذا كان دخل أسرتك مساويا أو اقل من القيم المعطاة لحجم أسرتك على قائمة الدخل الملحقة فان والمركز البيتي الذي يوفرالرعاية النهارية سوف يحصل على مستوى أعلى من التعويض. عندما تتم الموافقة المناسبة على نسبة أعلى من التعويضات ، سواء كان ذلك بناءً على الدخل أو عن طريق تقديم أرقام ملفات سارية المفعول ل (FDPIR) (TANF) (SNAP) ، ستبقى مؤهلا للحصول على هذه المعونات لمدة 12 شهرا. لكن بكل ألأحوال يجب عليك أن تبلغنا اذا أصبحت أنت أو أحد افراد أسرتك عاطلاً عن العمل بحيث يؤدي فقدان الدخل الناتج عن البطالة الى أن يكون دخل ألأسرة ضمن معايير ألأهلية.

8. **ماذا لو كان دخلي متغيرا؟** سجل المبلغ الذي تستلمه في الأوقات الاعتيادية. مثلاً، اذا كنت تحصل على 1000 دولار شهريا ولكن تغيبت قليلاً عن العمل في الشهر الماضي واستلمت فقط 900 دولار، اكتب انك تستلم 1000 دولار شهريا. اذا كنت تعمل ساعات اضافية، احسبها مع دخلك ولكن ليس اذا كانت الساعات الاضافية تحصل فقط في بعض الاحيان.

9. **ماذا لو كان عندي أطفال متبنون؟** الاطفال المتبنون والذين يقعون تحت المسؤولية القانونية لوكالة التبني أو محكمة مؤهلون للحصول على وجبات مجانية. أي طفل متبنى في الأسرة مؤهل للحصول على وجبات مجانية بغض النظر عن الدخل . بإمكان الأسرة إدراج الأطفال المتبنين في إستمارة مساعدات الوجبة الغذائية، ولكنها غير ملزمة بذكر المدفوعات التي إستلمتها لاجل الطفل المتبنى كدخل. الأسر التي تود أن تتقدم بطلب لهذا النوع من المعونات للأطفال المتبنين، يجب عليها الاتصال بـ: **[name, address, phone number].**

10. **نحن في العسكرية، هل علينا ذكر المخصصات السكنية والتكميلية كدخل؟** اذا كان اسكانك يعتبر جزء من مبادرة الخصخصة للإسكان العسكري وتستلم مخصصات تكميلية لإعاشة الأسرة، لا تشمل هذه المخصصات في الدخل. إضافة إلى ذلك، بالنسبة للعسكريين الذين يتم نشرهم خارج البلاد، يتم فقط حساب ذلك الجزء من الدخل المرسل لأسرهم منهم أو نيابة عنهم كدخل للأسرة. دخل المساهمة في المعركة، بما فيها الحوافز المدفوعة لتمديد فترة الإنتشار (DEIP) أيضاً مستثنى ولا يتم حسابه كدخل للأسرة. جميع المخصصات الاخرى يجب أن تذكر كجزء من الدخل الاجمالي.

عندما يتعلق ألأمر ببرامج تغذية الطفل، لن يتم ممارسة التمييز ضد أي شخص بسبب العرق، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، العمر أو الاعاقة.

اذا كانت لديك اسئلة اخرى أو تحتاج مساعدة اتصل **[phone number]**.

بكل إخلاص،

[Signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

عزيزي ألوالد / ولي ألأمر:

تقدم CACFP تعويضات عن الوجبات الغذائية للمراكز الرعاية النهارية للبالغين والتي توفر خدمات شاملة ومنظمة للبالغين غير المقيمين العاجزين وظيفياً أو لاتقل أعمارهم عن 60 سنة. بإكمال ألاستمارة الملحقة الخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية، تستطيع المراكز الحصول على تعويضات والتي تعتمد على عدد المشاركين المؤهلين للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة ألأسعار.

1. **هل أحتاج إلى تعبئة استمارة لكل شخص بالغ في مركز الرعاية النهارية؟ بإمكانك** تعبئة وتقديم إستمارة CACFP واحدة لتأهيل الدخل لمعونات الوجبة الغذائية للبالغين من أعضاء أسرتك المسجلين في الرعاية النهارية أسرتك **فقط** اذا كانوا مسجلين في نفس المركز. لاتمكننا الموافقة على استمارة غير كاملة، لذا نرجو أن تقرأ التعليمات بحذر وأن تملأ جميع المعلومات المطلوبة. **قم بإعادة ألإستمارة بعد تعبئتها إلى: [(Center) at name, address, phone number] .**
2. **من يستطيع الحصول على وجبات مجانية؟** ألبالغون من ألأسر الحاصلة على مساعدات من البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (فودستامب سابقا)، برنامج توزيع الغذاء على محميات الهنود (FDPIR) ، دخل الضمان التكميلي (SSI)، أو الـ Medicaid يمكنهم الحصول على وجبات مجانية. ألبالغون من ألأسر المشاركة ب WIC قد يكونون مؤهلين للحصول على وجبات بأسعار مخفضة.
3. **من يستطيع الحصول على وجبات مخفضة ألأسعار؟** يستطيع البالغون الحصول على وجبات بتكلفة قليلة اذا كان دخل أسرتك ضمن حدود السعر المُخفّض المأخوذة من القائمة الفدرالية للدخل المبيّنة في هذا الطلب. ألبالغون في ألأسر المشاركة ب WIC قد يكونون مؤهلين للحصول على وجبات بأسعار مخفضة.
4. **هل استطيع إن املأ الإستمارة اذا كان أحد أعضاء أسرتي غير أمريكي الجنسية؟** نعم. ليس بالضرورة أن تكون أنت أو أحد ألبالغين الذين هم في رعايتك أمريكي الجنسية لتكون مؤهلاً للحصول على مساعدات في الوجبات المقدمة في المراكز.
5. **من يجب أن أذكر كعضو من أعضاء أسرتي؟** يجب عليك فقط أن تذكر البالغين الذين هم في رعايتك، أزواجهم ومن يعتال عليهم الذين يشاركونهم الدخل والمصاريف.
6. **كيف ابلغ عن معلومات الدخل والتغيرات في الحالة الوظيفية؟** الدخل المبلغ عنه يجب أن يكون الدخل الاجمالي لكل من أفراد الأسرة في الشهر الماضي مبوّباً حسب المصدر. اذا كان دخل الشهر الماضي غير دقيق في وصف ظروفك، يمكنك أن تقدم تقديراً لدخلك الشهري المتوقع. اذا لم يكن هناك تغيير ملحوظ، تستطيع استخدام دخل الشهر الماضي كأساس لهذا التقدير. اذا كان دخل أسرتك مساويا أو اقل من القيم المعطاة لحجم أسرتك على قائمة الدخل الملحقة فان مركز الرعاية النهارية للبالغين سوف يحصل على مستوى أعلى من التعويض. عندما تتم الموافقة المناسبة على الوجبات المجانية أو مخفضة ألأسعار، سواء كان ذلك بناءً على الدخل أو عن طريق تقديم أرقام ملفات سارية المفعول لـ(SNAP) ، (FDPIR) رقم المعونة المقدمة من SSI أو Medicaid، ستبقى مؤهلا للحصول على هذه المعونات لمدة 12 شهرا. لكن بكل ألأحوال يجب عليك أن تبلغنا اذا أصبحت أنت أو أحد افراد أسرتك عاطلاً عن العمل بحيث يؤدي فقدان الدخل خلال فترة البطالة الى أن يكون دخل ألأسرة ضمن معايير ألأهلية.
7. **ماذا لو كان دخلي متغيرا؟** سجل المبلغ الذي تستلمه في الأوقات الاعتيادية. مثلاً، اذا كنت تحصل على 1000 دولار شهريا ولكن تغيبت قليلاً عن العمل في الشهر الماضي واستلمت فقط 900 دولار، اكتب انك تستلم 1000 دولار شهريا. اذا كنت تعمل ساعات اضافية، احسبها مع دخلك ولكن ليس اذا كانت الساعات الاضافية تحصل فقط في بعض الاحيان. إذا فقدت عملك أو تم تخفيض ساعات عملك أو مرتبك، إستخدم دخلك الحالي.
8. **نحن في العسكرية، هل علينا ذكر المخصصات السكنية والتكميلية كدخل؟** اذا كان اسكانك يعتبر جزء من مبادرة الخصخصة للإسكان العسكري وتستلم مخصصات تكميلية لإعاشة الأسرة، لا تشمل هذه المخصصات في الدخل. إضافة إلى ذلك، بالنسبة للعسكريين الذين يتم نشرهم خارج البلاد، يتم فقط حساب ذلك الجزء من الدخل المرسل لأسرهم منهم أو نيابة عنهم كدخل للأسرة. دخل المساهمة في المعركة، بما فيها الحوافز المدفوعة لتمديد فترة الإنتشار (DEIP) أيضاً مستثنى ولا يتم حسابه كدخل للأسرة. جميع المخصصات الاخرى يجب أن تذكر كجزء من الدخل الاجمالي.
9. **(*Pricing program only*) هل سيتم التحقق من المعلومات التي أقدمها؟** ممكن. قد نطلب منك تزويدنا بإثبات خطي للتحقق من المعلومات التي قدمتها في الاستمارة. **وماذا اذا لم اوافقكم القرار بشأن المعلومات التي أملأها على هذه الإستمارة؟** يجب أن تتكلم مع: **[Center or Sponsoring Organization] [name, address, phone number].** الخاص بك. يمكنك أن تطلب عقد جلسة إستماعية عن طريق الإتصال أو الكتابة ل:

عندما يتعلق ألأمر ببرامج CACFP، لن يتم ممارسة التمييز ضد أي شخص بسبب العرق، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، العمر أو الاعاقة.

اذا كانت لديك اسئلة اخرى أو تحتاج إلى مساعدة اتصل ب [**Phone Number**]

بكل إخلاص،

[Signature]

[Insert Sponsor Letterhead]

عزيزي مقدم خدمة الرعاية النهارية:

اذا كنت تريد التأهل لتعويضات Tier I أو اذا كنت تريد الحصول على تعويض عن وجبات قُدمت لأطفالك بموجب برنامج الغذاء لدور رعاية الاطفال والبالغين التابع لوزارة الزراعة ألأمريكية (CACFP)، فعليك أن تملأ، توقع وتعيد الينا ألإستمارة المرفقة والخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية.

1. **كيف يمكنني التأهل لتعويض Tier I مقابل وجبات غذائية مقدمة لأطفال مسجلين في منزلي؟** يجب عيك اما أن (أ) تعيش في منطقة مؤهلة بناءً على الحاجة الاقتصادية كما هي مقررة بموجب التسجيلات المدرسية أو البيانات الاحصائية، أو (ب) إثبات ألحاجة الإقتصادية بناءً على المعلومات التي تقدمها من خلال ألإستمارة المرفقة والخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية.

2. **من الذي يقرر تأهيلي كمنزل Tier I للرعاية النهارية؟** مكتبنا يقوم بذلك. سوف نستعمل المعلومات التي تقدمها في إستمارة معونات الوجبة الغذائية. تأكد من إكمال وتوقيع الإستمارة؛ قم بالتبليغ عن جميع دخل ألأسرة (ليس فقط الدخل المتأتي من عملك المنزلي للرعاية النهارية)؛ وزودنا بوثائق كافية عن دخلك. **أعد الاستمارة والوثائق الاخرى الى: [at name, address, phone number].**
3. **ما نوع الوثائق التي أقدمها مع استمارة معونات الوجبة الغذائية؟** اذا كنت تدير مركز عائلي للرعاية النهارية في منزلك العام الماضي، ألحق نسخة من آخر إعداد ضريبي بما فيه Schedule C . اذا كان آخر إعداد ضريبي وSchedule C غير دالين على دخلك بإمكانك تقديم وثائق عن دخلك ونفقاتك الحالية. ولفعل ذلك، ضمّن بيانات المدفوعات مقابل العمل وأشكال الدخل ألأخرى. الاوراق التي ترسلها يجب ان تظهر اسم الشخص الذي إستلم الدخل، تأريخ الإستلام، المبلغ، وفترات الإستلام.
4. **كيف احصل على تعويضات لوجبات اقدمها لاطفالي؟** أنت ملزم قانونياً بملئ هذه الاستمارة اذا كنت تريد الحصول على تعويض مقابل وجبات تقدم لاطفالك. حتى اذا كنت تعيش في منطقة تم تصنيفها بأنها ذات حاجة اقتصادية، أو اذا تم تصنيف منزلك على أنه منزل tier I ، يجب أن تملأ هذه الاستمارة. قد يقوم مكتبنا بالتحقق من معلومات الدخل التي تقدمها.
5. **اذا لم اكن اعيش في منطقة مصنفة بأنها ذات حاجة إقتصادية، أو لا اريد تقديم استمارة معونات الوجبة الغذائية، ما هي خياراتي لأجل الحصول على تعويض؟** ستحصل على نسب أقل من التعويض عن وجبات مقدمة لاطفال مسجلين في مركزك العائلي للرعاية النهارية.
6. **هل سيتم التحقق في المعلومات التي اقدمها؟** ممكن. قد نطلب منك ارسال إثبات خطي للتحقق من المعلومات التي قدمتها في الاستمارة. **ماذا اذا لم اوافق على القرار بشأن المعلومات التي قدمتها في هذه ألإستمارة؟** يجب ان تتحدث مع منظمتك الراعية.
7. **من يجب أن أذكر كعضو من أعضاء أسرتي؟** يجب أن تذكر جميع الأفراد الموجودين في منزلك (مثل الأجداد، أقرباء آخرون، أو أصدقاء يعيشون معك) ويشاركونك المصاريف والدخل. يجب أن تشمل نفسك وجميع الأطفال الذين يعيشون معك.
8. **كيف ابلغ عن معلومات الدخل والتغيرات في الحالة الوظيفية؟** الدخل المبلغ عنه يجب أن يكون الدخل الاجمالي لكل من أفراد الأسرة في الشهر الماضي مبوّباً حسب المصدر. اذا كان دخل الشهر الماضي غير دقيق في وصف ظروفك، يمكنك أن تقدم تقديراً لدخلك الشهري المتوقع. اذا لم يكن هناك تغيير ملحوظ، تستطيع استخدام دخل الشهر الماضي كأساس لهذا التقدير. اذا كان دخل أسرتك مساويا أو اقل من القيم المعطاه لحجم أسرتك على قائمة الدخل الملحقة فانك ستحصل على مستوى أعلى من التعويض. عندما تتم الموافقة المناسبة على الوجبات المجانية أو مخفضة ألأسعار، سواء كان ذلك بناءً على الدخل أو عن طريق تقديم أرقام ملفات سارية المفعول ل (FDPIR) (TANF) (SNAP)، ستبقى مؤهلا للحصول على هذه المعونات لمدة 12 شهرا. لكن بكل ألأحوال يجب عليك أن تبلغنا اذا أصبحت أنت أو أحد افراد أسرتك عاطلاً عن العمل بحيث يؤدي فقدان الدخل خلال فترة البطالة الى أن يكون دخل ألأسرة ضمن معايير ألأهلية.
9. **هل استطيع أن املأ الإستمارة اذا كان أحد أعضاء أسرتي غير أمريكي الجنسية؟** نعم. ليس بالضرورة أن تكون أنت أو أطفالك أمريكيي الجنسية .
10. **ماذا لو كان عندي أطفال متبنون؟** الاطفال المتبنون مؤهلون للحصول على وجبات مجانية بغض النظر عن دخلهم أو دخل ألأسرة التي يقيمون معها. أي طفل متبنى في الأسرة مؤهل للحصول على وجبات مجانية بغض النظر عن الدخل . ألأسر التي تود التقدم بطلب للحصول على هذا النوع من المعونات للأطفال المتبنين يجب عليها الإتصال ب:[**name, address, phone number].** إضافة إلى ذلك، يمكن شمل الأطفال المتبنين كأعضاء في ألأسرة كي يمكن تحديد أهلية أطفال ألأسرة ألآخرين في الحصول على وجبات غذائية مجانية أو بأسعار مخفضة.
11. **نحن في العسكرية، هل علينا ذكر المخصصات السكنية والتكميلية كدخل؟** اذا كان اسكانك يعتبر جزء من مبادرة الخصخصة للإسكان العسكري وتستلم مخصصات تكميلية لإعاشة الأسرة، لا تشمل هذه المخصصات في الدخل. إضافة إلى ذلك، بالنسبة للعسكريين الذين يتم نشرهم خارج البلاد، يتم فقط حساب ذلك الجزء من الدخل المرسل لأسرهم منهم أو نيابة عنهم كدخل للأسرة. دخل المساهمة في المعركة، بما فيها الحوافز المدفوعة لتمديد فترة الإنتشار (DEIP) أيضاً مستثنى ولا يتم حسابه كدخل للأسرة. جميع المخصصات الاخرى يجب أن تذكر كجزء من الدخل الاجمالي.

عندما يتعلق ألأمر ببرامج CACFP، لن يتم ممارسة التمييز ضد أي شخص بسبب العرق، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، العمر أو الاعاقة.

اذا كانت لديك اسئلة اخرى أو تحتاج إلى مساعدة اتصل ب [**Phone Number**]

بكل إخلاص،

[Signature]

إرشادات لتعبئة إستمارة CACFP
ألخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية (مركز رعاية الأطفال)

اتبع ألإرشادات التالية اذا كانت أسرتك تحصل على SNAP, TANF أو FDPIR:

جزء 1: اذكر جميع الأطفال المسجلين وأعضاء الأسرة.

جزء 2: اذكر رقم الملف لأي عضو من الأسرة (بمن فيهم البالغين) يستلم معونات الـ [State SNAP] أو [State TANF] أو [FDPIR].

جزء 3: تخطّى هذا الجزء.

جزء 4: تخطّى هذا الجزء

جزء 5: وقع الأستمارة. آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الأجتماعي **غير** ضرورية.

جزء 6: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

اذا كنت مقدماً الطلب نيابة عن طفل متبنى فاتبع هذه الإرشادات:

إذا كان **جميع** ألأطفال المعنيين بالطلب أطفالاً متبنين، أو إذا كنت متقدماً بطلب معونات للطفل المتبنى:

جزء 1: اذكر جميع الأطفال المتبنين. قم بتأشير المربع الذي يدل على أن الطفل متبنى.

جزء 2: تخطّى هذا الجزء

جزء 3: تخطّى هذا الجزء.

جزء 4: تخطّى هذا الجزء

جزء 5: وقع الأستمارة. رقم الضمان الأجتماعي **غير** ضروري.

جزء 6: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

اذا كان بعض الاطفال في الأسرة متبنين.

جزء1: اذكر جميع الأطفال المسجلين وأعضاء الأسرة. للأشخاص الذين لا يحصلون على دخل، بمن فيهم ألأطفال، يجب عليك أن تقوم بتأشير المربع "No Income". قم بتأشير المربع الذي يدل على أن الطفل متبنى.

جزء 2: اذا لم يكن للأسرة رقم ملف، تخطّى هذا الجزء.

جزء 3: اذا كان اي طفل تقدم طلباً بشأنه مشرداً، مهاجراً، أو هارباً، قم بتأشير المربع المناسب وإتصل ب:

[Your school, homeless liaison, migrant coordinator]. إن لم يكن، تخطّى هذا الجزء.

جزء 4: اتبع هذه الإرشادات للإبلاغ عن دخل ألأسرة الإجمالي لهذا الشهر أو الشهر الماضي.

عمود أ- الأسم: أذكر فقط الاسم الأول واللقب **لكل** شخص يعيش في منزلك والذي يشاركك الدخل والمصاريف، قريباً كان أم لم يكن (مثل الاجداد، أقرباء آخرون، أو اصدقاء يعيشون معك) ممن يحصلون على دخل. يجب أن تشمل نفسك وجميع ألأطفال الذين يعيشون معك. استعمل ورقة إضافية اذا أضطررت.

عمود ب –الدخل ألإجمالي وفترات الإستلام: لكل فرد من أفراد ألأسرة، اذكر نوع الدخل المستلم في الشهر. يجب أن تبلغنا بكيفية الإستلام – اسبوعياً، مرة كل اسبوعين ، مرتين في الشهر، أو مرة في الشهر.

مربع 1: اذكر **الدخل الاجمالي**، وليس المبلغ الذي تأخذه للبيت. الراتب الأجمالي هو المبلغ المكتسب قبل الضرائب والمقتطعات الاخرى. تستطيع ان تجده على صك الراتب أو يستطيع رئيسك في العمل اخبارك به.

مربع 2: اذكر دخل كل شخص للشهر من المساعدات الحكومية، اعالة الطفل، النفقة الزوجية.

مربع 3: اذكر الراتب التقاعدي، راتب الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي (SSI) ، معونات العسكريين القدامى(VA) ، مخصصات العجز.

مربع 4: اذكر **جميع مصادر الدخل الاخرى** بما فيها تعويضات ألإصابة في العمل، البطالة، مخصصات الاضراب عن العمل، المساهمات ألإعتيادية لأشخاص لايعيشون معك وأي دخل آخر. فقط للاشخاص أصحاب الأعمال الحرة، اذكر الدخل بعد المصاريف في مربع 1. مربع 4 هو لمشروعك التجاري، المزرعة أو ممتلكات الايجار. لا تشمل أي دخل تحصل عليه من SNAP, FDPIR, WIC أو المعونات الفدرالية للدراسة. اذا كنت مشاركاً بمبادرة خصخصة الاسكان العسكري أو تحصل على مدفوعات للمساهمة في المعركة، لا تذكر مخصصات السكن هذه كدخل.

جزء 5: يجب أن يوقع هذه الاستمارة شخص بالغ من اعضاء الأسرة وأن يذكر آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي أو تأشير المربع المناسب اذا لم يكن لديه هذا الرقم.

جزء 6: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

إرشادات لتعبئة إستمارة CACFP
ألخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية (مركز رعاية الأطفال)

جميع ألأسر الاخرى، بمن فيهم أسرال WIC، اتبعوا الإرشادات التالية:

جزء 1: اذكر جميع الأطفال المدرجين وأعضاء الأسرة. للأشخاص الذين لا يحصلون على دخل، بمن فيهم ألأطفال، يجب عليك أن تقوم بتأشير المربع "No Income".

جزء 2: تخطّى هذا الجزء.

جزء 3: تخطّى هذا الجزء.

جزء 4: اتبع هذه الإرشادات للإبلاغ عن دخلك لهذا الشهر أو الشهر الماضي.

عمود أ ـ الأسم: أذكر فقط الاسم الأول واللقب **لكل** شخص يعيش في منزلك والذي يشاركك الدخل والمصاريف، قريباً كان أم لم يكن (مثل الاجداد، أقرباء آخرون، أو اصدقاء يعيشون معك) ممن يحصلون على دخل. يجب أن تشمل نفسك وجميع ألأطفال الذين يعيشون معك. استعمل ورقة إضافية اذا أضطررت.

عمود ب – الدخل ألإجمالي وفترات الإستلام: لكل فرد من أفراد ألأسرة، اذكر نوع الدخل المستلم في الشهر. يجب أن تبلغنا بكيفية الإستلام – اسبوعياً، مرة كل اسبوعين ، مرتين في الشهر، أو مرة في الشهر.

مربع 1: اذكر **الدخل الاجمالي**، وليس المبلغ الذي تأخذه للبيت. الراتب الأجمالي هو المبلغ المكتسب قبل الضرائب والمقتطعات الاخرى. تستطيع ان تجده على صك الراتب أو يستطيع رئيسك في العمل اخبارك به.

مربع 2: اذكر دخل كل شخص للشهر من المساعدات الحكومية، اعالة الطفل، النفقة الزوجية.

مربع 3: اذكر الراتب التقاعدي، راتب الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي (SSI) ، معونات العسكريين القدامى(VA) ، مخصصات العجز.

مربع 4: اذكر **جميع مصادر الدخل الاخرى** بما فيها تعويضات ألإصابة في العمل، البطالة، مخصصات الاضراب عن العمل، المساهمات ألإعتيادية لأشخاص لايعيشون معك وأي دخل آخر. فقط للاشخاص أصحاب الأعمال الحرة، اذكر الدخل بعد المصاريف في مربع 1. مربع 4 هو لمشروعك التجاري، المزرعة أو ممتلكات الايجار. لا تشمل أي دخل تحصل عليه من SNAP, FDPIR, WIC أو المعونات الفدرالية للدراسة. اذا كنت مشاركاً بمبادرة خصخصة الاسكان العسكري أو تحصل على مدفوعات للمساهمة في المعركة، لا تذكر مخصصات السكن هذه كدخل.

جزء 5: يجب أن يوقع هذه الاستمارة شخص بالغ من اعضاء الأسرة وأن يذكر آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي أو تأشير المربع المناسب اذا لم يكن لديه هذا الرقم.

جزء 6: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

هذا الجزء يشرح كيفية استعمال المعلومات التي تزودنا بها.

نص بيان منع التمييز العنصري: هذا الجزء يشرح ما الذي يجب ان تفعله اذا إعتقدت بأنك عوملت بطريقة غير عادلة.

إرشادات لتعبئة إستمارة CACFP
ألخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية (مركز رعاية البالغين)

اتبع ألإرشادات التالية اذا كانت أسرتك تحصل على SNAP, SSI, FDPIR او Medicaid:

جزء 1: فقط اذكراسماء المشاركين البالغين.

جزء 2: اذكر رقم الملف لأي عضو من الأسرة يستلم معونات [State SNAP] أو [FDPIR] أو[SSI] أو[Medicaid]

جزء 3: تخطّى هذا الجزء.

جزء 4: وقع الأستمارة. آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الأجتماعي **غير** ضرورية.

جزء 5: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

جميع ألأسر الاخرى، اتبعوا الإرشادات التالية:

جزء 1: اذكر فقط أسماء المشاركين البالغين. للمشاركين الذين لا يحصلون على دخل، يجب عليك أن تقوم بتأشير المربع "No Income".

جزء 2: تخطّى هذا الجزء.

جزء 3: اتبع هذه الإرشادات للإبلاغ عن دخلك لهذا الشهر أو الشهر الماضي.

عمود أ-الأسم: أذكر الاسم الأول واللقب للمشتركين من البالغين وأزواجهم ومن يعتال عليهم ممن يعيشون في ويشاركونك الدخل والمصاريف.

عمود ب – الدخل ألإجمالي وفترات الإستلام: لكل **فرد من أفراد ألأسرة من المشتركين وأزواجهم ومن يعتال عليهم.** اذكر نوع الدخل المستلم في الشهر. يجب أن تبلغنا بكيفية الإستلام – اسبوعياً، مرة كل اسبوعين ، مرتين في الشهر، أو مرة في الشهر.

مربع 1: اذكر **الدخل الاجمالي**، وليس المبلغ الذي تأخذه للبيت. الراتب الأجمالي هو المبلغ المكتسب قبل الضرائب والمقتطعات الاخرى. تستطيع ان تجده على صك الراتب أو يستطيع رئيسك في العمل اخبارك به.

مربع 2: اذكر دخل كل شخص للشهر من المساعدات الحكومية، اعالة الطفل، النفقة الزوجية.

مربع 3: اذكر الراتب التقاعدي، راتب الضمان الاجتماعي، مساعدات العسكريين القدامى(VA) ، ومخصصات العجز.

مربع 4: اذكر **جميع مصادر الدخل الاخرى** بما فيها تعويضات ألإصابة في العمل، البطالة، مخصصات الاضراب عن العمل، المساهمات ألإعتيادية لأشخاص لايعيشون معك وأي دخل آخر. فقط للاشخاص أصحاب الأعمال الحرة، اذكر الدخل بعد المصاريف في مربع 1. مربع 4 هو لمشروعك التجاري، المزرعة أو ممتلكات الايجار. لا تشمل أي دخل تحصل عليه من SNAP, FDPIR, WIC أو المعونات الفدرالية للدراسة. اذا كنت مشاركاً بمبادرة خصخصة الإسكان العسكري أو تحصل على مدفوعات للمساهمة في المعركة، لا تذكر مخصصات السكن هذه كدخل.

جزء 5: يجب أن يوقع هذه الاستمارة شخص بالغ من اعضاء الأسرة وأن يذكر آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي أو تأشير المربع المناسب اذا لم يكن لديه هذا الرقم.

جزء 6: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

هذا الجزء يشرح كيفية استعمال المعلومات التي تزودنا بها.

نص بيان منع التمييز العنصري: هذا الجزء يشرح ما الذي يجب ان تفعله اذا إعتقدت بأنك عوملت بطريقة غير عادلة.

استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية CACFP (مركز رعاية ألأطفال)

جزء 1: جميع أفراد الأسرة

أسم الطفل (الأطفال) المسجلين:

أسماء جميع افراد الأسرة (الأسم الأول، أول حرف للأسم الثاني، اللقب)	قم بالتأشير هنا اذا كان الطفل متبنى (تحت المسؤولية القانونية لوكالة ولفير أو المحكمة) * اذا كان جميع الأطفال المذكورين ادناه متبنين، تخطّى هذا الجزء الى ان تصل الى الجزء 5 لتوقيع هذه الاستمارة.	قم بالتأشير هنا اذا لم يكن لك دخل
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑

جزء 2. معونات: اذا كان اي عضو من أعضاء أسرتك يستلم معونات ، ، ،
أعطي الاسم ورقم الملف للشخص المستلم للمعونات. **اذا لم يكن هناك أي شخص يستلم معونة، تخطّى الى جزء 3.**
الإسم: _____ رقم الملف: _____

جزء 3. اذا كان أي طفل تقدم طلباً بشأنه مشردا، مهاجرا أو هاربا قم بتأشير المربع المناسب وإتصل ب

هارب ❑ مهاجر ❑ مشرد ❑

جزء4. إجمالي دخل الأسرة / يجب أن تخبرنا بالمبلغ وفترات الإستلام

	ب. إجمالي الدخل و فترات الإستلام			
أ. الأسم (اذكر اسماء اعضاء أسرتك **فقط** الذين لديهم دخل)	1 الدخل من العمل قبل المقتطعات	2. الولفير، اعالة الطفل، النفقة الزوجية	3. مخصصات المعاش، الراتب التقاعدي، الضمان الاجتماعي، معونات SSI, VA	4. كل مصادر الدخل ألأخرى
(مثلاً) *جين سميث*	$200 /أسبوعيا	$150 / مرتين في الشهر	$100 / شهرياً	_____/$_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

جزء 5. التوقيع وآخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي (يجب أن يقوم شخص بالغ بالتوقيع)

يجب ان يوقع هذه الاستمارة شخص بالغ من اعضاء الأسرة. **اذا كنت قد اكملت جزء 3، يجب على الشخص البالغ والموقع على الاستمارة تزويد آخر اربعة ارقام من رقم ضمانه الاجتماعي أو يقوم بتأشير مربع" ليس لدي رقم ضمان اجتماعي".**(أنظر الى البيان في الجانب الخلفي لهذه الصفحة)

أنا اقر أن جميع المعلومات الواردة في هذه الاستمارة صحيحة وانني قد قمت بالتبليغ عن كامل الدخل. أنا اعرف أن المركز سوف يحصل على تمويل فدرالي بناءً على المعلومات التي ازودها. انا اعرف ان مسؤولي CACFP قد يتحققون من المعلومات. انا اعلم أنني اذا اعطيت معلومات خاطئة متعمدا فإن المشارك الذي يحصل على وجبات قد يفقد معونات الوجبة، وقد تتم مقاضاتي.

وقع هنا : _____ ألإسم بوضوح: _____

التاريخ: _____

العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي: ___ ___ ___ ___ - * * - * * * ❑ لا أملك رقم ضمان اجتماعي

استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية CACFP (مركز رعاية ألأطفال)

جزء 6.الهوية العرقية والإثنية للمشاركين(إختياري)	
قم بتأشير إثنية واحدة	قم بتأشير هوية عرقية واحدة أو أكثر:
❑ اسباني أو لاتيني ❑ غير اسباني أو لاتيني	❑ اسيوي ❑ ابيض ❑ اسود أو افريقي امريكي ❑ هندي امريكي أو من سكان ألاسكا ألأصليين ❑ من السكان ألأصليين لهاواي أو جزر المحيط الهادىء ألأخرى

لا تملاء هذا الجزء. هذا للإستعمال 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 يكون المشارك في مركز الرعاية النهارية مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة ألأسعار اذا كان دخل أسرتك ضمن الحدود المذكورة على هذه القائمة

حجم الأسرة	سنويا
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
أي شخص اضافي	

يلزم قانون ريتشارد ب رسل لوجبات الغداء في المدارس تزويدنا بالمعلومات المذكورة في هذه الاستمارة. أنت غير ملزم بتزويدنا بالمعلومات ولكن اذا لم تقم بتزويدها فلن نستطيع الموافقة على تزويد المشارك بوجبات مجانية أو بأسعار مخفضة. يجب أن تزودنا بآخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ الذي يعيش في المنزل والذي يوقع هذه الاستمارة. آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عندما تقدم الطلب بالنيابة عن طفل متبنى أو عندما تذكر رقم الملف للبرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP) ، برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع المواد الغذائية على محميات الهنود (FDPIR)، أو أي رقم (FDPIR) آخر معرف للمشارك أو عندما تشير بأن الشخص البالغ من ألأسرة والذي يوقع هذه الاستمارة لا يملك رقم للضمان الاجتماعي Social Security Number. سنستخدم معلوماتك لنقرر أهلية المشارك في الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة ألأسعار، ولاغراض ادارية ولتنفيذ قوانين البرنامج.

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت أنك عوملت بشكل غير عادل. " بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الامريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بسبب جذورك الاصلية، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، أو الاعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم (صوت) 632-9992 (866). الاشخاص ذوو القصر السمعي أو إعاقات التكلم يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي رقم 877-8339 (800) أو (للاسبانيين) 845-6136 (800).الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص أعمال عادلة."

استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية CACFP(مركز رعاية البالغين)

جزء 1: جميع أفراد الأسرة

أسماء البالغين المسجلين:

اسماء المشاركين من البالغين (الأسم الأول، أول حرف للأسم الثاني، اللقب)	قم بالتأشير هنا إن لم يكن لديك دخل
	❑
	❑
	❑

جزء 2. معونات: اذا كان اي عضو من أعضاء أسرتك يستلم المعونات من ، ، ،أو أعطي الاسم ورقم الملف للشخص المستلم للمعونات. **اذا لم يكن هناك أي شخص يستلم معونة، تخطّى الى جزء 3.**

الإسم: _____ رقم الملف: _____

جزء 3. مجموع اجمالي دخل الأسرة / يجب أن تخبرنا بالمبلغ وفترات الإستلام

أ. الأسم (اذكر **فقط** اسماء المشاركين، أزواجهم واطفالهم القصر)	**ب. اجمالي الدخل و فترات الإستلام** 1 الدخل من العمل قبل المقتطعات	2. الولفير، اعالة الطفل، النفقة الزوجية	3. مخصصات المعاش، الراتب التقاعدي، الضمان الاجتماعي، معونات SSI, VA	4. كل مصادر الدخل ألأخرى
(مثلاً) *جين سميث*	$200 /أسبوعيا	$150 / مرتين في الشهر	$100 / شهرياً	_____/$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

جزء 4. التوقيع وآخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي.

يجب ان يوقع عضو بالغ من اعضاء الأسرة هذه الاستمارة. **اذا كنت قد اكملت جزء 3، يجب على الشخص البالغ والموقع على الاستمارة تزويد آخر اربعة ارقام من رقم ضمانه الاجتماعي أو يقوم بتأشير مربع" ليس لدي رقم ضمان اجتماعي".**(أنظر الى البيان في الجانب الخلفي لهذه الصفحة)

أنا اقر أن جميع المعلومات الواردة في هذه الاستمارة صحيحة وانني قد قمت بالتبليغ عن كامل دخلي. أنا اعرف أن المركز سوف يحصل على تمويل فدرالي بناءً على المعلومات التي ازودها. انا اعرف ان مسؤولي CACFP قد يتحققون من المعلومات. انا اعلم أنني اذا اعطيت معلومات خاطئة متعمدا قد يفقد المشاركون الذين يحصلون على وجبات معونات الوجبة، وقد تتم مقاضاتي

وقع هنا : _____ ألإسم بوضوح: _____

التاريخ: _____

العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي: ___ ___ ___ ___ - * * - * * * ❑ لا أملك رقم ضمان اجتماعي

جزء 5. الهوية العرقية والإثنية للمشاركين (إختياري)

قم بتأشير إثنية واحدة	قم بتأشير هوية عرقية واحدة أو أكثر:	
❑ اسباني أو لاتيني	❑ اسيوي	❑ هندي امريكي أو من سكان ألاسكا ألأصليين
❑ غير اسباني أو لاتيني	❑ ابيض	❑ من السكان ألأصليين لهاواي أو جزر المحيط الهادىء ألأخرى
	❑ اسود أو افريقي امريكي	

استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية CACFP(مركز رعاية البالغين)

لا تملاء هذا الجزء. هذا للاستعمال 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 يكون المشارك في مركز الرعاية النهارية مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة ألأسعار اذا كان دخل أسرتك ضمن الحدود المذكورة على هذه القائمة

حجم الأسرة	سنويا
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
أي شخص اضافي	

يلزم قانون ريتشارد ب رسل لوجبات الغداء في المدارس تزويدنا بالمعلومات المذكورة في هذه الاستمارة. أنت غير ملزم بتزويدنا بالمعلومات ولكن اذا لم تقم بتزويدها فلن نستطيع الموافقة على تزويد المشارك بوجبات مجانية أو بأسعارمخفضة. يجب أن تزودنا بآخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ الذي يعيش في المنزل والذي يوقع هذه الاستمارة. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب عندما تذكر رقم ملف المشترك في البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية(SNAP) ، برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع المواد الغذائية على محميات الهنود (FDPIR)، أو أي رقم (FDPIR) آخر معرف أو عندما تشير بأن الشخص البالغ من ألأسرة والذي يوقع هذه الاستمارة لا يملك رقم للضمان الاجتماعي. سنستخدم معلوماتك لنقرر أهلية المشارك في الحصول على وجبات مجانية أو لوجبات مخفضة ألأسعار، ولأغراض ادارية ولتنفيذ قوانين البرنامج.

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت أنك عوملت بشكل غير عادل. " بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الامريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بسبب جذورك الاصلية، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، أو الاعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم (صوت) 632-9992 (866). الاشخاص ذوو القصر السمعي أو إعاقات التكلم يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي رقم 877-8339 (800) أو (للاسبانيين) 845-6136 (800).الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص أعمال عادلة."

يجب أن تقوم بإرسال المعلومات التي نحتاجها، أو اتصل بـ [name] قبل [date]، والا فإن مركزنا لن يتلقى تعويضاً عن الوجبات المجانية أومخفضة الأسعار المقدمة لطفلك (اطفالك).
المركز/ المنظمة الراعية: **[Name]**

[Date]

عزيزي/عزيزتي:**[Name]**

نحن ننظر في استمارة أهلية دخلك لمعونات الوجبات CACFP. يجب علينا أن نفعل ذلك لنتأكد بأن معونات CACFP تعطى للمؤهلين فقط. يجب أن تبعث لنا معلومات تثبت أن **[name(s) of participant(s)]** مؤهلاً.

إذا كان بالإمكان، إبعث لنا نسخا وليس االوثائق الاصلية. اذا بعثت لنا النسخ الاصلية فاننا سنعيدها فقط في حال الطلب. لاترسل بطاقة EBT card الخاصة بك أو أي بطاقة معونات اخرى سوف تحتاج اليها.

1. **اذا كنت تحصل على SNAP, TANF أو FDPIR عندما قدمت لمعونات الوجبة المجانية أو مخفضة الأسعار، أو في أي وقت منذ ذلك الحين، أرسل لنا نسخة من واحدة من الاشياء الآتية:**

- تبليغ بشهادة SNAP, TANFأو FDPIR والتي تشير الى تاريخ الشهادة.
- رسالة من SNAP أو مكتب الولفير تشير بالموافقة على حصولك على الـ SNAP أو TANF.

2. **اذا وصلتك هذه الرسالة لطفل متبنى:**

ارسل لنا اسم ومعلومات الاتصال لشخص في الوكالة أو المحكمة والذي يستطيع التأكيد على أن الطفل يقع تحت المسؤولية القانونية للوكالة أو المحكمة.

3. **اذا لم تكن تحصل علىSNAP, TANF أو FDPIR:** ارسل هذه الصفحة مع وثائق تشير الى كمية المال الذي تحصل عليه أسرتك من كل مصادر الدخل. الوثائق التي ترسلها يجب أن تحتوي على **اسم** الشخص المستلم للدخل، **تاريخ** الإستلام، **المبلغ** المستلم، و **فترات** الإستلام. **ابعث المعلومات الى: [address].**

الوثائق المقبولة تشمل:

الوظائف: الصك أو ظرف الراتب الذي يشير الى المبلغ و فترات استلامه؛ رسالة من رب العمل تشير الى الراتب الاجمالي وفترات الإستلام؛ أو وثائق المشروع التجاري أو الزراعي مثل دفتر الحسابات أو الإعداد الضريبي.
الضمان الاجتماعي، المعاش، أو الراتب التقاعدي: رسالة مخصصات تقاعد الضمان الاجتماعي، تقرير بالمعونات المستلمة، أو تبليغ منحة المعاش .
البطالة، العجز أو التعويض عن ألإصابة في العمل: تبليغ بالأهلية من دائرة الضمان الوظيفي للولاية، صكوك، أو رسالة من قسم التعويض عن ألإصابة في العمل
مدفوعات الولفير: رسالة معونات من وكالة الولفير.
اعالة الطفل أو النفقة الزوجية: مرسوم المحكمة، الإتفاقية، أو نسخ من صكوك مستلمة.
دخل من نوع آخر(مثل دخل التأجير): معلومات تشير الى قيمة الدخل المستلم، فترات الإستلام، وتاريخ الإستلام.
بدون دخل: ملاحظة مختصرة تشرح كيفية توفير الغذاء، الملابس، والمسكن لأسرتك ، ومتى تتوقع الحصول على الدخل.
مبادرة خصخصة الإسكان العسكري: رسالة أو عقد ايجار يشير الى أن منزلك هو جزء من مباردة الخصخصة للإسكان العسكري.

الزمن المقبول لوثائق الدخل المقبولة: الرجاء ان تقدم وثائق تبين دخلك في الوقت الذي تتقدم به لطلب المعونات. اذا لم تكن لديك هذه المعلومات، تستطيع تقديم وثائق من وقت ملئ استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية -CACFP- وحتى وقت التحقق من معلوماتك.

اذا كانت لديك أي اسئلة أو تحتاج الى المساعدة الرجاء الاتصال بـ **[name]** على الرقم **[phone number]**.

بكل إخلاص،

[Signature]

يلزم قانون ريتشارد ب رسل لوجبات الغداء في المدارس تزويدنا بالمعلومات المذكورة في هذه الاستمارة. أنت غير ملزم بتزويدنا بالمعلومات ولكن اذا لم تقم بتزويدها فلن نستطيع الموافقة على تزويد المشارك بوجبات مجانية أو بأسعارمخفضة. يجب أن تزودنا بآخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي لجميع ألأشخاص البالغين من أعضاء ألأسرة، بمن فيهم المشارك برعاية الأطفال. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب عندما تقدم الطلب بالنيابة عن طفل متبنى أو عندما تذكر المعرّف للبرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية(SNAP) ، برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع المواد الغذائية على محميات الهنود (FDPIR)، أو أي رقم (FDPIR) آخر معرّف للمشارك الذي يحصل على معونات الوجبة الغذائية أو عندما تذكر بأن الشخص البالغ من ألأسرة والذي يوقع هذه الاستمارة لا يملك رقم للضمان الاجتماعي. سنستخدم معلوماتك لنقرر أهلية المشارك للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة ألأسعار، ولأغراض ادارية ولتنفيذ قوانين CACFP.

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت أنك عوملت بشكل غير عادل. " بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الامريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بسبب جذورك الاصلية، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، أو الاعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم (صوت) 632-9992 (866). الاشخاص ذوو القصر السمعي أو أعاقات التكلم يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي رقم 877-8339 (800) أو (للاسبانيين) 845-6136 (800).الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص عمل عادلة."

يجب أن تقوم بإرسال المعلومات التي نحتاجها، أو اتصل بـ [name] قبل [date]، والا فإن مركزنا لن يتلقى تعويضاً عن الوجبات المجانية أومخفضة الأسعار المقدمة للمشترك البالغ.

المركز/ المنظمة الراعية: **[Name]**

[Date]

عزيزي/عزيزتي:**[Name]**

نحن ننظر في استمارة أهلية دخلك لمعونات الوجبات CACFP. يجب علينا أن نفعل ذلك لنتأكد بأن معونات CACFP تعطى للمؤهلين فقط. يجب أن تبعث لنا معلومات تثبت أن **[name(s) of participant(s)]** مؤهلاً.

إذا كان بالإمكان، إبعث لنا نسخا وليس االوثائق الاصلية. اذا بعثت لنا النسخ الاصلية فاننا سنعيدها فقط في حال الطلب. لاترسل EBT card الخاص بك أو أي بطاقة معونات اخرى سوف تحتاج اليها.

1. **اذا كنت تحصل على SNAP, FDPIR, SSI أو Medicaid عندما تقدمت بطلب للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار، أو في أي وقت منذ ذلك الحين، أرسل لنا نسخة من واحدة من الاشياء الآتية:**

- تبليغ بشهادة SNAP, FDPIR, SSI أو Medicaid والتي تشير الى تاريخ الشهادة.
- رسالة من SNAP تشير بالموافقة على حصولك على الـ SNAP.

2. **اذا لم تكن تحصل على SNAP, FDPIR, SSI أو Medicaid :** ارسل هذه الصفحة مع وثائق تشير الى كمية المال الذي تحصل عليه أسرتك من كل مصادر الدخل. الوثائق التي ترسلها يجب أن تحتوي على **اسم** الشخص المستلم للدخل، **تاريخ** الإستلام، **المبلغ** المستلم، و**فترات** الإستلام. **ابعث المعلومات الى: [address].**

الوثائق المقبولة تشمل:

الوظائف: الصك أو ظرف الراتب الذي يشير الى المبلغ و فترات استلامه؛ رسالة من رب العمل تشير الى الراتب الاجمالي وفترات الإستلام؛ أو وثائق المشروع التجاري أو الزراعي مثل دفتر الحسابات أو الإعداد الضريبي.
الضمان الاجتماعي، المعاش، أو الراتب التقاعدي: رسالة مخصصات تقاعد الضمان الاجتماعي، تقرير بالمعونات المستلمة، أو تبليغ منحة المعاش.
البطالة، العجز أو التعويض عن ألإصابة في العمل: تبليغ بالأهلية من دائرة الضمان الوظيفي للولاية، صكوك، أو رسالة من قسم التعويض عن ألإصابة في العمل.
مدفوعات الولفير: رسالة معونات من وكالة الولفير.
اعالة الطفل أو النفقة الزوجية: مرسوم المحكمة، العقد، أو نسخ من صكوك مستلمة.
دخل من نوع آخر(مثل دخل التأجير): معلومات تشير الى قيمة الدخل المستلم، فترات الإستلام، وتاريخ الإستلام.
بدون دخل: ملاحظة مختصرة تشرح كيفية توفير الغذاء، الملابس، والمسكن لأسرتك ، ومتى تتوقع الحصول على الدخل.
مبادرة خصخصة الاسكان العسكري: رسالة أو عقد ايجار يشير الى أن منزلك هو جزء من مباردة الخصخصة للاسكان العسكري.

الزمن المقبول لوثائق الدخل المقبولة: الرجاء ان تقدم وثائق تبين دخلك في الوقت الذي تقدمت به لطلب المعونات. اذا لم تكن لديك هذه المعلومات، تستطيع تقديم وثائق من وقت ملئ استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية -CACFP- وحتى وقت التحقق من معلوماتك.

اذا كانت لديك أي اسئلة أو تحتاج الى المساعدة الرجاء الاتصال بـ **[name]** على الرقم **[phone number]**.

بكل إخلاص،

[Signature]

يلزم قانون ريتشارد ب رسل لوجبات الغداء في المدارس تزويدنا بالمعلومات المذكورة في هذه الاستمارة. أنت غير ملزم بتزويدنا بالمعلومات ولكن اذا لم تقم بتزويدها فلن نستطيع الموافقة على تزويد المشارك بوجبات مجانية أو بأسعارمخفضة. يجب أن تزودنا بآخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي لجميع ألأشخاص البالغين من أعضاء ألأسرة، بمن فيهم المشارك بالرعاية النهارية. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب عندما تذكر رقم البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP)، برنامج توزيع المواد الغذائية على محميات الهنود (FDPIR)، أو أي رقم (FDPIR) آخر معرّف، أو رقم ملف SSI أو Medicaid للمشارك الذي يحصل على معونات الوجبة الغذائية أو عندما تذكر بأن الشخص البالغ من ألأسرة والذي يوقع هذه الاستمارة لا يملك رقم للضمان الاجتماعي. سنستخدم معلوماتك لنقرر أهلية المشارك للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة ألأسعار، ولأغراض ادارية ولتنفيذ قوانين CACFP.

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت أنك عوملت بشكل غير عادل. " بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الامريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بسبب جذورك الاصلية، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، أو الاعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم (صوت) 632-9992 (866). الاشخاص ذوو القصر السمعي أو أعاقات التكلم يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي رقم 877-8339 (800) أو (للاسبانيين) 845-6136 (800).الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص عمل عادلة."

لقد تحققنا من المعلومات الواردة في إستمارة CACFP الخاصة بأهلية دخلكم للحصول على معونات الوجبة الغذائية
(مركز رعاية ألأطفال)

المركز / المنظمة ألراعية: **[Name]**

[Date:]

عزيزي / عزيزتي**[Name]**

لقد نظرنا في المعلومات التي بعثتها لنا لتثبت ان **[name(s) of participant]** مؤهل للحصول على معونات وجبات مجانية أو مخفضة ألأسعار في مركزنا وقررنا ما يلي:

- ❑ أهلية المشترك لم تتغير
- ❑ ابتداءً من**[date]** ، أهلية المشترك للحصول على معونات الوجبة الغذائية سوف تتغير **من إستلام وجبات مخفضة ألأسعار الى إستلام وجبات مجانية** لأن الدخل المحقق به يقع ضمن حدود الأهلية للوجبات المجانية. سيحصل المشارك على وجبات بدون ثمن.
- ❑ ابتداءاً من [**date**] ، أهلية المشترك سوف تتغير من **إستلام وجبات مجانية الى إستلام وجبات مخفضة ألأسعار** لأن قيمة الدخل المحقق به هو اعلى من الحد اللازم.
- ❑ ابتداءً من [date] المشترك **ليس مؤهلاً** لإستلام وجبات مجانية أو وجبات مخفضة ألأسعار للأسباب التالية:

____ تشير الوثائق أنك لم تستلم معونات من SNAP أو TANF أو FDPIR
____دخلك هو اعلى من حد الأهلية للوجبات المجانية أو مخفضة ألأسعار.
____لم تزودنا بـ: _____
____لم تجب على طلباتنا.

اذا نقص دخل ألأسرة أو زاد عدد افرادها بإمكانك أن تقدم استمارة CACFP لأهلية الدخل للحصول على معونات الوجبة الغذائية مرة ثانية. اذا لم تزودنا باثباتات أهليتك في الوقت الحالي، سوف يطلب ذلك منك عندما تقدم مرة ثانية.

اذا كان لديك اعتراض على هذا القرار تستطيع المناقشة مع **[name]** هاتف[phone]. هذا ويحق لك ايضا جلسة استماع عادلة. اذا طلبت جلسة استماع قبل تأريخ [date]، سيستمر المشارك باستلام الوجبات المجانية أو مخفضة ألأسعار الى أن يأخذ مسؤول جلسة الاستماع قراره. تستطيع طلب جلسة استماع من خلال الإتصال أو الكتابة ل **[name], [address], [phone number]**.

بكل إخلاص،

[Signature]

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت بأنك قد عوملت بشكل غير عادل. "بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الامريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بناءً على العرق، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، العمر أو الاعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم المجاني (صوت) 632-9992 (866). الاشخاص ذوو القصر السمعي أو إعاقات التكلم بإمكانهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي على رقم 877-8339 (800) أو (بالإسبانية) 845-6136 (800). الـUSDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص عمل عادلة."

لقد تحققنا من المعلومات الواردة في الإستمارة الخاصة بأهلية دخلكم للحصول على معونات الوجبة الغذائية CACFP
(مركز رعاية البالغين)

المركز / المنظمة ألراعية: **[Name]**

[Date:]

عزيزي / عزيزتي**[Name]**

لقد نظرنا في المعلومات التي بعثتها لنا لتثبت ان **[name(s) of participant]** مؤهل للحصول على معونات وجبات مجانية أو مخفضة ألأسعار في مركزنا وقررنا ما يلي:

- ❑ أهلية المشترك لم تتغير
- ❑ ابتداءً من**[date]** ، أهلية المشترك للحصول على معونات الوجبة الغذائية سوف تتغير **من إستلام وجبات مخفضة ألأسعار الى إستلام وجبات مجانية** لأن الدخل المحقق به يقع ضمن حدود الأهلية للوجبات المجانية. سيحصل المشارك على وجبات بدون ثمن.
- ❑ ابتداءاً من [**date**] ، أهلية المشترك سوف تتغير من **إستلام وجبات مجانية الى إستلام وجبات مخفضة ألأسعار** لأن قيمة الدخل المحقق به هو اعلى من الحد اللازم.
- ❑ ابتداءً من [date] المشترك **ليس مؤهلاً** لإستلام وجبات مجانية أو وجبات مخفضة ألأسعار للأسباب التالية:

___ تشير الوثائق أنك لم تستلم معونات من SNAP , FDPIR, SSI أو Medicaid
___دخلك هو اعلى من حد الأهلية للوجبات المجانية أو مخفضة ألأسعار.
___لم تزودنا بـ: _____
___لم تجب على طلباتنا.

اذا نقص دخل ألأسرة أو زاد عدد افرادها بإمكانك أن تقدم استمارة CACFP لأهلية الدخل للحصول على معونات الوجبة الغذائية مرة ثانية. اذا لم تزودنا باثباتات أهليتك في الوقت الحالي، سوف يطلب ذلك منك عندما تقدم مرة ثانية.

اذا كان لديك اعتراض على هذا القرار تستطيع المناقشة مع **[name]** هاتف**[phone]**. هذا ويحق لك ايضا جلسة استماع عادلة. اذا طلبت جلسة استماع قبل تأريخ [**date**]، سيستمر المشارك باستلام الوجبات المجانية أو مخفضة ألأسعار الى أن يأخذ مسؤول جلسة الاستماع قراره. تستطيع طلب جلسة استماع من خلال الإتصال أو الكتابة ل .**[name], [address], [phone number]**

بكل إخلاص،

[Signature]

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت بأنك قد عوملت بشكل غير عادل. "بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الامريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بناءً على العرق، اللون، البلد ألأصلي، الجنس، العمر أو الاعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم المجاني (صوت) 632-9992 (866). الاشخاص ذوو القصر السمعي أو إعاقات التكلم بإمكانهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي على رقم 877-8339 (800) أو (بالإسبانية) 845-6136 (800). الـUSDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص عمل عادلة."

مشاركة SCHIP /IDMEDICA بالمعلومات

عزيزي ألوالد / ولي ألأمر:

اذا كان اطفالك مؤهلين للحصول على وجبات مجانية أو بأسعار مخفضة ، قد يكونون مؤهلين ايضاً للحصول على تأمين صحي مجاني أو بسعر مخفض من خلال برنامج الـ Medicaid أو برنامج الولاية للتأمين الصحي للأطفال (SCHIP). الأطفال الذين يملكون تأمين صحي لديهم فرصة احسن للحصول على عناية صحية دورية وتقل احتمالية إصابتهم بالمرض.

لأن التأمين الصحي ضروري لصحة الأطفال، **يسمح لنا القانون بأن نعلم Medicaid و SCHIP بأن اطفالك مؤهلين للوجبات المجانية أو مخفضة ألأسعار، الا اذا طلبت منا أن لا نذكر ذلك**. يستعمل Medicaid و SCHIP المعلومات فقط لتحديد الأطفال المؤهلين لبرامجهم. من الممكن أن يتصل بك مسؤولوا البرنامج لكي يعرضوا عليك إدراج اطفالك في برنامج التأمين الصحي هذا. ملئ استمارة CACFP لتحديد أهلية الدخل للحصول على معونة الوجبة االغذائية لا يدرج اطفالك تلقائياً في التأمين الصحي.

اذا لم ترغب أن تشارك الـ Medicaid أو الـ SCHIP بمعلوماتك، املأ الأستمارة ادناه و ابعثها مع إستمارة أهلية الدخل إلى **[address]** قبل **[date]**. (إرسال هذه الاستمارة لن يؤثر على امكانية استلام اطفالك للوجبات المجانية أو مخفضة ألأسعار ألأسعار).

❑ **لا، لا أريد** ان تشارك المعلومات من استمارة CACFP لتأهيل الدخل لمعونات الوجبة الغذائية مع Medicaid أو برنامج الولاية للتأمين الصحي لأطفال.

اذا أشرت "لا" املأ الاستمارة أدناه:

اسم الطفل : _____

اسم الطفل : _____

اسم الطفل : _____

اسم الطفل : _____

توقيع الوالد / ولي الأمر: _____

تاريخ اليوم: _____

أكتب اسمك بوضوح : _____

العنوان: _____

_____

للمزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بـ **[Name]** على رقم **[phone]**