CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

Οδηγίες για Κέντρα Διατροφικής Φροντίδας Παιδιών και Ενηλίκων,
Φορείς Επιχορήγησης και Κέντρα Ημερήσιας Οικογενειακής Φροντίδας

Στο παρόν πακέτο περιλαμβάνονται τα εξής πρότυπα έντυπα:

Απαιτούμενα έγγραφα που παρέχονται *υποχρεωτικά* στα νοικοκυριά και τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας:

- Επιστολή προς τα νοικοκυριά: Πάροχοι Ημερήσιας Φροντίδας Παιδιών και Tier II και Ημερήσια Φροντίδα Ενηλίκων
- Επιστολή προς τα Κέντρα Ημερήσιας Οικογενειακής Φροντίδας και Tier I
- Αίτηση για Παροχές Σίτισης Βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων: Ημερήσια Φροντίδα Παιδιών και Ημερήσια Φροντίδα Ενηλίκων (με οδηγίες)

Σημείωση: Οι Πολιτείες δεν υποχρεούνται να χρησιμοποιήσουν τα συνημμένα πρότυπα έντυπα αλλά πρέπει να διασφαλίζουν ότι παρέχονται οι αντίστοιχες πληροφορίες.

Έλεγχος των δικαιολογητικών επιλεξιμότητας:

- Ειδοποίηση Επιλογής για Έλεγχο Επιλεξιμότητας (προγράμματα τιμολόγησης μόνο): Ημερήσια Φροντίδα Παιδιών και Ημερήσια Φροντίδα Ενηλίκων
- Ειδοποίηση των Αποτελεσμάτων Ελέγχου (προγράμματα τιμολόγησης μόνο): Ημερήσια Φροντίδα Παιδιών και Ημερήσια Φροντίδα Ενηλίκων

Προαιρετικό υλικό που αφορά στην αίτηση το οποίο παρέχεται *προαιρετικά* στα νοικοκυριά:

- Κοινοποίηση πληροφοριών στα προγράμματα Medicaid και SCHIP

Οι σελίδες είναι διαμορφωμένες για να εκτυπώνονται σε χαρτί διαστάσεων 21x28 εκ.. Ορισμένες σελίδες μπορούν να εκτυπώνονται και στις δύο όψεις ενός φύλλου. Τα **[bold bracketed fields]** υποδεικνύουν το πεδίο όπου πρέπει να καταχωρηθούν συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με τον αρμόδιο στον οποίο πρέπει να απευθυνθεί κανείς για βοήθεια καθώς και για το πού πρέπει να αποσταλούν το/τα συμπληρωμένο/α έντυπο/α. Θα πρέπει να καταχωρήσετε την ονομασία του αντίστοιχου προγράμματος που ισχύει στην πολιτεία σας για το Temporary Assistance to Needy Families (TANF), το State Children's Health Insurance Program (SCHIP) ή και το Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), εάν υπάρχει.

Αυτό το πρότυπο πακέτο αιτήσεων περιλαμβάνει πληροφορίες αναφορικά με την εξαίρεση από την παροχή στεγαστικού επιδόματος όσων υπάγονται στο πρόγραμμα Military Housing Privatization Initiative (Πρωτοβουλία Ιδιωτικοποίησης Κατοικιών για Στρατιωτικούς). Εάν δεν ισχύει στη δική σας σχολική περιφέρεια, προβείτε στη σχετική τροποποίηση.

Είναι πιθανό να υποχρεούστε να υποβάλετε το πακέτο αιτήσεων στην αρμόδια δημόσια υπηρεσία για έγκριση. Εάν έχετε απορίες, επικοινωνήστε στη διεύθυνση:

[State agency address]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Αγαπητέ γονέα/ κηδεμόνα:

Η παρούσα επιστολή απευθύνεται στους γονείς ή κηδεμόνες των παιδιών που είναι εγγεγραμμένα σε κέντρα παιδικής μέριμνας. Το **[Name of Center]** προσφέρει υγιεινά γεύματα σε όλα τα εγγεγραμμένα παιδιά στο πλαίσιο της συμμετοχής μας στο Child and Adult Care Food Program (Πρόγραμμα Διατροφικής Φροντίδας Παιδιών και Ενηλίκων - CACFP) του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ. Το CACFP επιδοτεί τα υγιεινά γεύματα και τα ελαφριά γεύματα που προσφέρονται στα παιδιά που είναι εγγεγραμμένα σε προγράμματα παιδικής μέριμνας. Παρακαλούμε να μας διευκολύνετε στην τήρηση των απαιτήσεων του CACFP συμπληρώνοντας την συνημμένη Αίτηση για Παροχές Σίτισης Βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων. Επιπλέον, αυτή η αίτηση, μας βοηθά να κρίνουμε εάν το(τα) παιδί(ιά) σας δικαιού(ν)ται δωρεάν γεύματα ή γεύματα σε μειωμένη τιμή.

1. Πρέπει να συμπληρώσω χωριστή αίτηση για κάθε παιδί στην ημερήσια φροντίδα; Μπορείτε να συμπληρώσετε και να υποβάλετε μία Αίτηση για Παροχές Σίτισης Βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων CACFP για όλα τα παιδιά του νοικοκυριού σας που είναι εγγεγραμμένα στην παιδική μέριμνα **μόνο** εάν τα παιδιά στην παιδική μέριμνα είναι εγγεγραμμένα στο ίδιο κέντρο. Οι ελλιπείς αιτήσεις απορρίπτονται, για τον λόγο αυτό, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλα τα υποχρεωτικά πεδία. **Αποστείλετε ταχυδρομικά τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση: [(Name of Center, address, phone number].**

2. Ποιοί δικαιούνται δωρεάν γεύματα χωρίς να παρέχουν εισοδηματικά στοιχεία; Δωρεάν γεύματα δικαιούνται τα παιδιά των νοικοκυριών που λαμβάνουν παροχές από τα προγράμματα Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (πρώην Food Stamps), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ή Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Δωρεάν γεύματα δικαιούνται, επίσης, τα θετά παιδιά και τα παιδιά που είναι εγγεγραμμένα στο Head Start μπορούν. Τα παιδιά των νοικοκυριών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα WIC ενδέχεται να δικαιούνται δωρεάν σίτιση.

3. Ποιοι δικαιούνται γεύματα σε μειωμένη τιμή; Τα παιδιά σας μπορεί να δικαιούνται φτηνότερα γεύματα εάν το εισόδημα του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα όρια χορήγησης γευμάτων σε μειωμένη τιμή βάσει του Ομοσπονδιακού Πίνακα Εισοδηματικών Κριτηρίων που παρατίθεται στην παρούσα αίτηση. Τα παιδιά των νοικοκυριών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα WIC δύνανται να δικαιούνται χορήγηση γευμάτων σε μειωμένη τιμή.

4. Μπορώ να υποβάλω αίτηση εάν κάποιο μέλος του νοικοκυριού δεν είναι Αμερικανός πολίτης; Ναι. Δεν είναι απαραίτητο να είστε Αμερικανοί πολίτες εσείς ή τα παιδιά σας για να δικαιούστε τις παροχές σίτισης που παρέχει το κέντρο παιδικής μέριμνας.

5. Ποιοι θεωρούνται μέλη του νοικοκυριού μου; Συμπεριλαμβάνονται όλοι όσοι ζουν στο νοικοκυριό σας (όπως παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι), οι οποίοι συμμετέχουν στα έσοδα και τα έξοδα. Θα πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας. Επίσης, μπορείτε να συμπεριλάβετε τα θετά παιδιά που μένουν μαζί σας.

6. Πως πρέπει να δηλώσω τις πληροφορίες εισοδήματος και τις μεταβολές στην κατάσταση απασχόλησης; Το εισόδημα που δηλώνετε θα πρέπει να είναι το συνολικό ακαθάριστο εισόδημα, καταχωρημένο κατά πηγή, το οποίο εισέπραξε τον προηγούμενο μήνα κάθε μέλος του νοικοκυριού. Εάν το εισόδημα του προηγούμενο μήνα δεν απεικονίζει επακριβώς την κατάσταση σας, μπορείτε να παρέχετε μια πρόβλεψη του μηνιαίου εισοδήματός σας. Εάν δεν έχει σημειωθεί καμία σημαντική αλλαγή, μπορείτε να θεωρήσετε το εισόδημα του περασμένου μήνα ως βάση για αυτή την πρόβλεψη. Εάν το εισόδημά του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα ποσά που υποδεικνύονται για το μέγεθος του νοικοκυριού σας στον συνημμένο Πίνακα Εισοδήματος, το κέντρο ημερήσιας οικογενειακής φροντίδας θα λάβει υψηλότερη αποζημίωση. Εάν έχετε κριθεί βάσει των προβλεπόμενων διαδικασιών δικαιούχος γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, είτε με εισοδηματικά κριτήρια είτε λόγω προσκόμισης ισχύοντος αριθμού μητρώου SNAP, TANF, FDPIR, θα δικαιούστε τις παροχές αυτές για 12 μήνες. Θα πρέπει, ωστόσο, να μας ενημερώσετε εάν εσείς ή κάποιο μέλος του νοικοκυριού σας μείνει άνεργος και η απώλεια του εισοδήματός του έχει ως αποτέλεσμα το εισόδημα του νοικοκυριού σας να εμπίπτει στα προκαθορισμένα όρια επιλεξιμότητας.

7. Τι γίνεται εάν το εισόδημά μου δεν είναι σταθερό; Καταχωρήστε το ποσό που εισπράττετε συνήθως. Για παράδειγμα, εάν το μηνιαίο σας εισόδημα συνήθως ανέρχεται σε $1000, αλλά τον προηγούμενο μήνα χάσατε κάποια ημερομίσθια και συγκεντρώσατε μόνο $900, καταχωρήστε μηνιαίο εισόδημα $1000. Συμπεριλάβετε τις υπερωρίες μόνο εάν τις λαμβάνετε σε τακτική βάση.

8. Τι γίνεται εάν έχω θετά παιδιά; Τα παιδιά που βρίσκονται υπό τη νόμιμη κηδεμονία κρατικής υπηρεσίας φροντίδας θετών παιδιών ή δικαστηρίου δικαιούνται δωρεάν γεύματα. Όλα τα παιδιά που έχουν υιοθετηθεί από νοικοκυριά δικαιούται δωρεάν γεύματα ανεξαρτήτως εισοδήματος. Τα νοικοκυριά μπορούν να περιλαμβάνουν θετά παιδιά στην Αίτηση Παροχών Σίτισης, άλλα δεν υποχρεούστε να συμπεριλάβετε τυχόν εισοδήματα που έχουν εισπράξει για τα θετά παιδιά. Τα νοικοκυριά που θέλουν να κάνουν αίτηση για τέτοιου είδους παροχές θα πρέπει να απευθυνθούν στο **[name, address, phone number].**

9. Είμαστε στον στρατό, το στεγαστικό και τα υπόλοιπα επιδόματα συμπεριλαμβάνονται στο εισόδημα; Σε περίπτωση που η στέγασή σας υπάγεται στο πρόγραμμα Military Housing Privatization Initiative και λαμβάνετε το Family Subsistence Supplemental Allowance (Συμπληρωματικό Οικογενειακό Επίδομα Συντήρησης), δεν θα πρέπει να συμπεριλάβετε τα επιδόματα αυτά στα εισοδήματα. Επίσης, για τους εργαζόμενους στο στρατό, στο εισόδημα του νοικοκυριού θα περιλαμβάνεται μόνο το τμήμα του εισοδήματος του ατόμου που είναι καταταγμένο ,και το οποίο είναι διαθέσιμο από τους ίδιους ή για λογαριασμό του νοικοκυριού. Επίσης, αποκλείεται η αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη, συμπεριλαμβανομένου του Εισοδηματικού Κινήτρου Παράτασης της Κατάταξης (Deployment Extension Incentive Pay - DEIP), η οποία δεν προσμετρείται στο εισόδημα του νοικοκυριού. Όλα τα άλλα υπόλοιπα επιδόματα συμπεριλαμβάνονται στο ακαθάριστο εισόδημα.

10. ***(Pricing program only)*** **Θα ελεγχθούν οι πληροφορίες που υποβάλλω;** Είναι πιθανό. επίσης, ίσως σας ζητηθεί να προσκομίσετε δικαιολογητικά που τεκμηριώνουν τις πληροφορίες που υποβάλατε στην αίτηση. **Τι γίνεται σε περίπτωση που διαφωνώ με την απόφαση σχετικά με τις πληροφορίες που παρέχω σε αυτήν την αίτηση**; Πρέπει να απευθυνθείτε στο **[Center or Sponsoring Organization]**.

Στο πλαίσιο των προγραμμάτων σίτισης παιδιών, κανείς δεν θα υποστεί δυσμενείς διακρίσεις λόγω φυλής, χρώματος, εθνικής προέλευσης, φύλου, ηλικίας ή αναπηρίας.

Εάν έχετε άλλες απορίες ή θέλετε βοήθεια, καλέστε τον αριθμό **[phone number].**

Μετά τιμής,

[signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Αγαπητέ γονέα/ κηδεμόνα:

Αυτή η επιστολή προορίζεται για τους γονείς ή τους κηδεμόνες παιδιών που είναι εγγεγραμμένα σε κέντρα ημερήσιας οικογενειακής φροντίδας. Το **[Name of Center]** προσφέρει υγιεινά γεύματα σε όλα τα εγγεγραμμένα παιδιά στο πλαίσιο της συμμετοχής μας στο Child and Adult Care Food Program (Πρόγραμμα Διατροφικής Φροντίδας Παιδιών και Ενηλίκων - CACFP) του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ. Το CACFP επιδοτεί τα υγιεινά γεύματα και τα ελαφριά γεύματα που προσφέρονται στα παιδιά που είναι εγγεγραμμένα σε προγράμματα παιδικής μέριμνας. Παρακαλούμε να μας διευκολύνετε στην τήρηση των απαιτήσεων του CACFP συμπληρώνοντας την συνημμένη Αίτηση για Παροχές Σίτισης Βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων.

1. Πρέπει να υποβάλλω Αίτηση για Παροχές Σίτισης βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων για να λάβει το παιδί μου τις παροχές του CACFP; Όχι, αλλά εάν αποφασίσετε να το κάνετε, ο Πάροχός σας ενδέχεται να λάβει υψηλότερη αποζημίωση για τα γεύματα που σερβίρονται στο παιδί σας. Εάν συμπληρώσετε την αίτηση, έχετε τη δυνατότητα να την αποστείλετε απευθείας στον Πάροχο ή τον Φορέα Επιχορήγησης του Παρόχου, **[Sponsor's Name]**. Εάν θέλετε να αποστείλετε την αίτησής σας απευθείας στον Φορέα Επιχορήγησης, αποστείλετε τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση: **[(Sponsor) at name, address, phone number].**

> **___** Σημειώστε εδώ τα αρχικά σας εάν δίνετε τη συγκατάθεση σας στο [**Provider's Name]** να παραλάβει την αίτηση σας και να την παραδώσει στον Φορέα Επιχορήγησης. Το. **[Provider's Name]** δεν θα ελέγξει την αίτηση σας.

2. Πρέπει να συμπληρώσω χωριστή αίτηση για κάθε παιδί στην ημερήσια φροντίδα; Μπορείτε να συμπληρώσετε και να υποβάλετε μία Αίτηση για Παροχές Σίτισης από το CACFP Βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων για όλα τα παιδιά του νοικοκυριού σας που είναι εγγεγραμμένα στην παιδική μέριμνα **μόνο** εάν τα παιδιά στην παιδική μέριμνα είναι εγγεγραμμένα στο ίδιο κέντρο. Οι ελλιπείς αιτήσεις απορρίπτονται, για τον λόγο αυτό, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλα τα υποχρεωτικά πεδία.

3. Ποιοι δικαιούνται μεγαλύτερη αποζημίωση χωρίς να παρέχουν εισοδηματικά στοιχεία; Ο Πάροχός σας μπορεί να λάβει υψηλότερη αποζημίωση για τα γεύματα που σερβίρονται στα θετά παιδιά και στα παιδιά των νοικοκυριών που λαμβάνουν παροχές από τα προγράμματα Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (πρώην Food Stamps), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ή Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Τα παιδιά των νοικοκυριών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα WIC ενδέχεται να δικαιούνται επίσης μεγαλύτερη αποζημίωση.

4. Ποιοι δικαιούνται μεγαλύτερη αποζημίωση βάσει εισοδηματικών κριτηρίων; Ο Πάροχός σας μπορεί να λάβει υψηλότερη αποζημίωση για τα γεύματα που σερβίρονται στα παιδιά σας εάν το εισόδημα του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα όρια χορήγησης γευμάτων σε μειωμένη τιμή βάσει του Ομοσπονδιακού Πίνακα Εισοδηματικών Κριτηρίων που παρατίθεται στην παρούσα αίτηση. Τα παιδιά των νοικοκυριών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα WIC ενδέχεται να δικαιούνται μεγαλύτερη αποζημίωση.

5. Μπορώ να υποβάλω αίτηση εάν κάποιο μέλος του νοικοκυριού δεν είναι Αμερικανός πολίτης; Ναι. Δεν είναι απαραίτητο να είστε Αμερικανοί πολίτες εσείς ή τα παιδιά σας για να δικαιούστε τις παροχές σίτισης που προσφέρει το κέντρο ημερήσιας φροντίδας.

6. Ποιοι θεωρούνται μέλη του νοικοκυριού μου; Συμπεριλαμβάνονται όλοι όσοι ζουν στο νοικοκυριό σας (όπως παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι), οι οποίοι συμμετέχουν στα έσοδα και τα έξοδα. Θα πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας. Επίσης, μπορείτε να συμπεριλάβετε τα θετά παιδιά που μένουν μαζί σας.

7. Πως πρέπει να δηλώσω τις πληροφορίες εισοδήματος και τις μεταβολές στην κατάσταση απασχόλησης; Το εισόδημα που δηλώνετε θα πρέπει να είναι το συνολικό ακαθάριστο εισόδημα, καταχωρημένο κατά πηγή, το οποίο εισέπραξε τον προηγούμενο μήνα κάθε μέλος του νοικοκυριού. Εάν το εισόδημα του προηγούμενο μήνα δεν απεικονίζει επακριβώς την κατάσταση σας, μπορείτε να παρέχετε μια πρόβλεψη του μηνιαίου εισοδήματός σας. Εάν δεν έχει σημειωθεί καμία σημαντική αλλαγή, μπορείτε να θεωρήσετε το εισόδημα του περασμένου μήνα ως βάση για αυτή την πρόβλεψη. Εάν το εισόδημά του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα ποσά που υποδεικνύονται για το μέγεθος του νοικοκυριού σας στον συνημμένο Πίνακα Εισοδήματος, το κέντρο ημερήσιας οικογενειακής φροντίδας θα λάβει υψηλότερη αποζημίωση. Εάν έχετε κριθεί βάσει των προβλεπόμενων διαδικασιών δικαιούχος γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, είτε με εισοδηματικά κριτήρια είτε λόγω προσκόμισης ισχύοντος αριθμού μητρώου SNAP, TANF ή FDPIR, θα δικαιούστε τις παροχές αυτές για 12 μήνες. Θα πρέπει, ωστόσο, να μας ενημερώσετε εάν εσείς ή κάποιο μέλος του νοικοκυριού σας μείνει άνεργος και η απώλεια του εισοδήματός του έχει ως αποτέλεσμα το εισόδημα του νοικοκυριού σας να εμπίπτει στα προκαθορισμένα όρια επιλεξιμότητας.

8. Τι γίνεται εάν το εισόδημά μου δεν είναι σταθερό; Καταχωρήστε το ποσό που εισπράττετε συνήθως. Για παράδειγμα, εάν το μηνιαίο σας εισόδημα συνήθως ανέρχεται σε $1000, αλλά τον προηγούμενο μήνα χάσατε κάποια ημερομίσθια και συγκεντρώσατε μόνο $900, καταχωρήστε μηνιαίο εισόδημα $1000. Συμπεριλάβετε τις υπερωρίες μόνο εάν τις λαμβάνετε σε τακτική βάση.

9. Τι γίνεται εάν έχω θετά παιδιά; Τα παιδιά που βρίσκονται υπό τη νόμιμη κηδεμονία κρατικής υπηρεσίας φροντίδας θετών παιδιών ή δικαστηρίου δικαιούνται δωρεάν γεύματα. Όλα τα παιδιά που έχουν υιοθετηθεί από νοικοκυριά δικαιούται δωρεάν γεύματα ανεξαρτήτως εισοδήματος. Τα νοικοκυριά μπορούν να περιλαμβάνουν θετά παιδιά στην Αίτηση Παροχών Σίτισης, άλλα δεν υποχρεούστε να συμπεριλάβετε τυχόν εισοδήματα που έχετε εισπράξει για τα θετά. Τα νοικοκυριά που θέλουν να κάνουν αίτηση για τέτοιου είδους παροχές θα πρέπει να απευθυνθούν **[name, address, phone number**].

10. Είμαστε στον στρατό, το στεγαστικό και τα υπόλοιπα επιδόματα συμπεριλαμβάνονται στο εισόδημα; Σε περίπτωση που η στέγασή σας υπάγεται στο πρόγραμμα Military Housing Privatization Initiative και λαμβάνετε το Family Subsistence Supplemental Allowance (Συμπληρωματικό Οικογενειακό Επίδομα Συντήρησης), δεν θα πρέπει να συμπεριλάβετε τα επιδόματα αυτά στα εισοδήματα. Επίσης, για τους εργαζόμενους στο στρατό, στο εισόδημα του νοικοκυριού θα περιλαμβάνεται μόνο το τμήμα του εισοδήματος του ατόμου που είναι καταταγμένο ,και το οποίο είναι διαθέσιμο από τους ίδιους ή για λογαριασμό του νοικοκυριού. Επίσης, αποκλείεται η αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη, συμπεριλαμβανομένου του Εισοδηματικού Κινήτρου Παράτασης της Κατάταξης (Deployment Extension Incentive Pay - DEIP), η οποία δεν προσμετρείται στο εισόδημα του νοικοκυριού. Όλα τα άλλα υπόλοιπα επιδόματα συμπεριλαμβάνονται στο ακαθάριστο εισόδημα.

Στο πλαίσιο των προγραμμάτων σίτισης παιδιών, κανείς δεν θα υποστεί δυσμενείς διακρίσεις λόγω φυλής, χρώματος, εθνικής προέλευσης, φύλου, ηλικίας ή αναπηρίας.

Εάν έχετε άλλες απορίες ή θέλετε βοήθεια, καλέστε τον αριθμό [phone number].

Μετά τιμής,

[signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Αγαπητέ γονέα/ κηδεμόνα:

Το CACFP προσφέρει αποζημίωση έναντι γευμάτων σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας ενηλίκων που προσφέρουν διαρθρωμένες ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε εξωτερικούς ενηλίκους που έχουν λειτουργικές δυσκολίες ή είναι πάνω από 60 ετών. Συμπληρώνοντας την συνημμένη Αίτηση για Παροχές Σίτισης Βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων τα κέντρα αυτά θα μπορούν αν λάβουν αποζημίωση με βάση των αριθμό των εγγεγραμμένων συμμετεχόντων που δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

1. Χρειάζεται να συμπληρώσω χωριστή Αίτηση Παροχών Σίτισης για κάθε ενήλικα στην ημερήσια φροντίδα; Μπορείτε να συμπληρώσετε και να υποβάλετε μία Αίτηση για Παροχές Σίτισης από το CACFP βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων για τους ενήλικες του νοικοκυριού σας που είναι εγγεγραμμένοι στην ημερήσια μέριμνα **μόνο** εφόσον είναι εγγεγραμμένοι στο ίδιο κέντρο. Οι ελλιπείς αιτήσεις απορρίπτονται, για τον λόγο αυτό, βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλα τα υποχρεωτικά πεδία. **Αποστείλετε τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση**: **[(Center) at name, address, phone number]**.

2. Ποιοι δικαιούνται δωρεάν γεύματα; Οι ενήλικες των νοικοκυριών που λαμβάνουν παροχές από τα προγράμματα Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (πρώην Food Stamps), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), Supplemental Security Income (SSI) ή Medicaid . Οι ενήλικες των νοικοκυριών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα WIC δύνανται να δικαιούνται δωρεάν γεύματα.

3. Ποιοι δικαιούνται γεύματα σε μειωμένη τιμή; Οι ενήλικες μπορεί να δικαιούνται φτηνότερα γεύματα εάν το εισόδημα του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα όρια χορήγησης γευμάτων σε μειωμένη τιμή βάσει του Ομοσπονδιακού Πίνακα Εισοδηματικών Κριτηρίων που παρατίθεται στην παρούσα αίτηση. Οι ενήλικες των νοικοκυριών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα WIC δύνανται να δικαιούνται χορήγηση γευμάτων σε μειωμένη τιμή.

4. Μπορώ να υποβάλω αίτηση εάν κάποιο μέλος του νοικοκυριού δεν είναι Αμερικανός πολίτης; Ναι. Δεν είναι απαραίτητο να είστε Αμερικανοί πολίτες εσείς ή οι εξαρτώμενοι ενήλικες για να δικαιούστε τις παροχές σίτισης που προσφέρει το κέντρο .

5. Ποιοι θεωρούνται μέλη του νοικοκυριού μου; Συμπεριλαμβάνονται μόνο τα εξαρτώμενα από εσάς ενήλικα μέλη, ο ή η σύζυγος αυτών και τα εξαρτώμενα μέλη αυτών που μοιράζονται το εισόδημα και τα έξοδα .

6. Πως πρέπει να δηλώσω τις πληροφορίες εισοδήματος και τις μεταβολές στην κατάσταση απασχόλησης; Το εισόδημα που δηλώνετε θα πρέπει να είναι το συνολικό ακαθάριστο εισόδημα, καταχωρημένο κατά πηγή, το οποίο εισέπραξε τον προηγούμενο μήνα κάθε μέλος του νοικοκυριού. Εάν το εισόδημα του προηγούμενο μήνα δεν απεικονίζει επακριβώς την κατάσταση σας, μπορείτε να παρέχετε μια πρόβλεψη του μηνιαίου εισοδήματός σας. Εάν δεν έχει σημειωθεί καμία σημαντική αλλαγή, μπορείτε να θεωρήσετε το εισόδημα του περασμένου μήνα ως βάση για αυτή την πρόβλεψη. Εάν το εισόδημά του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα ποσά που υποδεικνύονται για το μέγεθος του νοικοκυριού σας στον συνημμένο Πίνακα Εισοδήματος, το κέντρο ημερήσιας οικογενειακής φροντίδας ενηλίκων θα λάβει υψηλότερη αποζημίωση. Εάν έχετε κριθεί βάσει των προβλεπόμενων διαδικασιών δικαιούχος γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, είτε με εισοδηματικά κριτήρια είτε λόγω προσκόμισης ισχύοντος αριθμού μητρώου SNAP ή TANF ή αριθμό ενίσχυσης SSI ή Medicaid, θα δικαιούστε τις παροχές αυτές για 12 μήνες. Θα πρέπει, ωστόσο, να μας ενημερώσετε εάν εσείς ή κάποιο μέλος του νοικοκυριού σας μείνει άνεργος και η απώλεια του εισοδήματός του έχει ως αποτέλεσμα το εισόδημα του νοικοκυριού σας να εμπίπτει στα προκαθορισμένα όρια επιλεξιμότητας.

7. Τι γίνεται εάν το εισόδημά μου δεν είναι σταθερό; Καταχωρήστε το ποσό που εισπράττετε συνήθως. Για παράδειγμα, εάν το μηνιαίο σας εισόδημα συνήθως ανέρχεται στα $1000, αλλά τον προηγούμενο μήνα χάσατε κάποια ημερομίσθια και συγκεντρώσατε μόνο $900, συμπληρώστε μηνιαίο εισόδημα $1000. Συμπεριλάβετε τις υπερωρίες, μόνο εάν τις λαμβάνετε σε τακτική βάση. Εάν έχετε χάσει τη δουλειά σας ή έχουν μειωθεί τα ημερομίσθιά σας, καταχωρήστε το τρέχον εισόδημά σας.

8. Είμαστε στον στρατό, το στεγαστικό και τα υπόλοιπα επιδόματα συμπεριλαμβάνονται στο εισόδημα; Σε περίπτωση που η στέγασή σας υπάγεται στο πρόγραμμα Military Housing Privatization Initiative και λαμβάνετε το Family Subsistence Supplemental Allowance (Συμπληρωματικό Οικογενειακό Επίδομα Συντήρησης), δεν θα πρέπει να συμπεριλάβετε τα επιδόματα αυτά στα εισοδήματα. Επίσης, για τους εργαζόμενους στο στρατό, στο εισόδημα του νοικοκυριού θα περιλαμβάνεται μόνο το τμήμα του εισοδήματος του ατόμου που είναι καταταγμένο ,και το οποίο είναι διαθέσιμο από τους ίδιους ή για λογαριασμό του νοικοκυριού. Επίσης, αποκλείεται η αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη, συμπεριλαμβανομένου του Εισοδηματικού Κινήτρου Παράτασης της Κατάταξης (Deployment Extension Incentive Pay - DEIP), η οποία δεν προσμετρείται στο εισόδημα του νοικοκυριού. Όλα τα άλλα υπόλοιπα επιδόματα συμπεριλαμβάνονται στο ακαθάριστο εισόδημα.

9. ***(Pricing program only)*** **Θα ελεγχθούν οι πληροφορίες που υποβάλλω;** Είναι πιθανό. επίσης, ίσως σας ζητηθεί να προσκομίσετε δικαιολογητικά που τεκμηριώνουν τις πληροφορίες που υποβάλατε στην αίτηση. **Τι γίνεται σε περίπτωση που διαφωνώ με την απόφαση σχετικά με τις πληροφορίες που παρέχω σε αυτήν την αίτηση**; Πρέπει να απευθυνθείτε στο **[Center or Sponsoring Organization]** Μπορείτε να ζητήσετε ακρόαση τηλεφωνικώς ή γραπτώς στη διεύθυνση **[name, address, phone number].**

Στο πλαίσιο του CACFP, κανείς δεν θα υποστεί δυσμενείς διακρίσεις λόγω φυλής, χρώματος, εθνικής προέλευσης, φύλου, ηλικίας ή αναπηρίας.

Εάν έχετε άλλες απορίες ή θέλετε βοήθεια, καλέστε τον αριθμό **[phone number].**

Μετά τιμής,

[signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Αγαπητέ Πάροχε:

Για να δικαιούστε αποζημίωση Tier I ή εάν επιθυμείτε να λάβετε αποζημίωση για τα γεύματα που σερβίρονται στα παιδιά σας μέσω του προγράμματος CACFP, πρέπει να συμπληρώσετε, να υπογράψετε και να μας αποστείλετε τη συνημμένη Αίτηση για Παροχές Σίτισης βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων.

1. Πως κρίνεται η επιλεξιμότητά μου για αποζημίωση Tier I για τα γεύματα που σερβίρονται στα παιδιά μου που είναι εγγεγραμμένα στο κέντρο μου; Θα πρέπει είτε (α) να μένετε σε μια περιοχή που θεωρείται επιλέξιμη λόγω οικονομικής ανάγκης όπως καθορίζεται από την εγγραφή στο σχολείο ή τα στοιχεία απογραφής είτε (β) να τεκμηριώστε την οικονομική ανάγκη βάσει των πληροφοριών που παρέχετε στην συνημμένη Αίτηση για Παροχές Σίτισης βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων.

2. Ποιος καθορίζει την επιλεξιμότητά μου ως κέντρο ημερήσιας φροντίδας Tier I; Η υπηρεσία μας θα καθορίσει την επιλεξιμότητά σας. Θα χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που παρέχετε στην Αίτηση για Παροχές Σίτισης. Βεβαιωθείτε ότι συμπληρώσατε και υπογράψτε την αίτηση, ότι δηλώνετε ολόκληρο το εισόδημα του νοικοκυριού (όχι μόνο το εισόδημα του κέντρου ημερήσιας φροντίδας) και ότι προσκομίζετε τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά για το εισόδημά σας. **Αποστείλετε την συμπληρωμένη αίτηση και τα υπόλοιπα έγγραφα στη διεύθυνση**: **[at name, address, phone number].**

3. Τι είδους δικαιολογητικά πρέπει να υποβάλλω μαζί με την αίτηση μου; Εάν το κέντρο οικογενειακής ημερήσιας φροντίδας λειτουργούσε το προηγούμενο έτος, συνάψτε ένα αντίγραφο της τελευταίας φορολογικής σας δήλωσης, συμπεριλαμβανομένου του Schedule C. Εάν η τελευταία φορολογική σας δήλωση και το Schedule C δεν είναι πλέον ενδεικτικά του εισοδήματός σας, μπορείτε να υποβάλετε έγγραφα που τεκμηριώνουν τα τρέχοντα έσοδα και έξοδά σας. Συγκεκριμένα, συμπεριλάβετε δηλώσεις πληρωμής για εργασία και άλλες μορφές εισοδήματος. Στα έγγραφα που προσκομίζετε θα πρέπει να εμφανίζεται το όνομα του ατόμου που εισέπραξε το εισόδημα, η ημερομηνία είσπραξης, το πόσο είσπραξης και η περιοδικότητα είσπραξης.

4. Πώς παίρνω αποζημίωση για τα γεύματα που σερβίρονται στα ίδια μου τα παιδιά; Εάν θέλετε να ζητήσετε αποζημίωση για γεύματα που παρέχονται στα ίδια σας τα παιδιά, υποχρεούστε βάσει νόμου να συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση. Ακόμη κι εάν μένετε σε μία περιοχή που έχει χαρακτηριστεί ως περιοχή οικονομικής ανάγκης ή έχετε ήδη χαρακτηριστεί κέντρο Tier I, θα πρέπει να συμπληρώσετε την αίτηση. Η υπηρεσία μας ενδέχεται να ελέγξει τις πληροφορίες που παρέχετε.

5. Εάν δεν μένω σε μια περιοχή οικονομικής ανάγκης ή δεν θέλω να υποβάλω αίτηση, τι επιλογές έχω για να λάβω αποζημίωση; Θα λάβετε μειωμένες αποζημιώσεις για τα γεύματα που σερβίρονται στα παιδιά που είναι εγγεγραμμένα στο κέντρο ημερήσιας οικογενειακής φροντίδας.

6. Θα ελεγχθούν οι πληροφορίες που παρέχω; Ενδεχομένως. Ίσως σας ζητηθεί να προσκομίσετε έγγραφα τεκμήρια για τις πληροφορίες που παρέχετε στην αίτηση. **Τι γίνεται σε περίπτωση που διαφωνώ με την απόφαση σχετικά με τις πληροφορίες που παρέχω σε αυτήν την αίτηση;** Θα πρέπει να απευθυνθείτε στον Φορέα Επιχορήγησης.

7. Ποιοι θεωρούνται μέλη του νοικοκυριού μου; Συμπεριλαμβάνονται όλοι όσοι ζουν στο νοικοκυριό σας (όπως παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι), οι οποίοι συμμετέχουν στα έσοδα και τα έξοδα. Θα πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας.

8. Πως πρέπει να δηλώσω τις πληροφορίες εισοδήματος και τις μεταβολές στην κατάσταση απασχόλησης; Το εισόδημα που δηλώνετε θα πρέπει να είναι το συνολικό ακαθάριστο εισόδημα, καταχωρημένο κατά πηγή, το οποίο εισέπραξε τον προηγούμενο μήνα κάθε μέλος του νοικοκυριού. Εάν το εισόδημα του προηγούμενο μήνα δεν απεικονίζει επακριβώς την κατάσταση σας, μπορείτε να παρέχετε μια πρόβλεψη του μηνιαίου εισοδήματός σας. Εάν δεν έχει σημειωθεί καμία σημαντική αλλαγή, μπορείτε να θεωρήσετε το εισόδημα του περασμένου μήνα ως βάση για αυτή την πρόβλεψη. Εάν το εισόδημά του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα ποσά που υποδεικνύονται για το μέγεθος του νοικοκυριού σας στον συνημμένο Πίνακα Εισοδήματος, το κέντρο ημερήσιας οικογενειακής φροντίδας θα λάβει υψηλότερη αποζημίωση. Εάν έχετε κριθεί βάσει των προβλεπόμενων διαδικασιών δικαιούχος γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, είτε με εισοδηματικά κριτήρια είτε προσκομίζοντας δικαιολογητικά τεκμηρίωσης παροχών όπως με ισχύοντα αριθμό μητρώου Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (πρώην Food Stamp), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ή Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), θα δικαιούστε τις παροχές αυτές για 12 μήνες. Θα πρέπει, ωστόσο, να μας ενημερώσετε εάν εσείς ή κάποιο μέλος του νοικοκυριού σας μείνει άνεργος και η απώλεια του εισοδήματός του έχει ως αποτέλεσμα το εισόδημα του νοικοκυριού σας να εμπίπτει στα προκαθορισμένα όρια επιλεξιμότητας.

9. Μπορώ να υποβάλω αίτηση εάν κάποιο μέλος του νοικοκυριού δεν είναι Αμερικανός πολίτης; Ναι. Δεν είναι απαραίτητο να είστε Αμερικανοί πολίτες εσείς ή τα παιδιά σας.

10. Τι γίνεται εάν έχω θετά παιδιά; Τα θετά παιδιά δικαιούνται δωρεάν γεύματα ανεξαρτήτως του ατομικού τους εισοδήματος ή του εισοδήματος του νοικοκυριού στο οποίο ζουν. Τα νοικοκυριά που θέλουν να κάνουν αίτηση για τέτοιου είδους παροχές για θετά παιδιά θα πρέπει να επικοινωνήσουν με τον/την **[name, address, phone number**]. Επιπλέον, τα θετά παιδιά μπορούν να συμπεριληφθούν ως μέλη του νοικοκυριού για τον προσδιορισμό της επιλεξιμότητας των υπόλοιπων παιδιών του νοικοκυριού για γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.

11. Είμαστε στον στρατό. Το στεγαστικό επίδομα συμπεριλαμβάνονται στο εισόδημα; Σε περίπτωση που η στέγασή σας υπάγεται στο πρόγραμμα Military Housing Privatization Initiative και λαμβάνετε το Family Subsistence Supplemental Allowance (Συμπληρωματικό Οικογενειακό Επίδομα Συντήρησης), δεν θα πρέπει να συμπεριλάβετε τα επιδόματα αυτά στα εισοδήματα. Επίσης, για τους εργαζόμενους στο στρατό, στο εισόδημα του νοικοκυριού θα περιλαμβάνεται μόνο το τμήμα του εισοδήματος του ατόμου που είναι καταταγμένο ,και το οποίο είναι διαθέσιμο από τους ίδιους ή για λογαριασμό του νοικοκυριού. Επίσης, αποκλείεται η αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη, συμπεριλαμβανομένου του Εισοδηματικού Κινήτρου Παράτασης της Κατάταξης (Deployment Extension Incentive Pay - DEIP), η οποία δεν προσμετρείται στο εισόδημα του νοικοκυριού. Όλα τα άλλα υπόλοιπα επιδόματα συμπεριλαμβάνονται στο ακαθάριστο εισόδημα.

Στο πλαίσιο του CACFP, κανείς δεν θα υποστεί δυσμενείς διακρίσεις λόγω φυλής, χρώματος, εθνικής προέλευσης, φύλου, ηλικίας ή αναπηρίας.

Εάν έχετε άλλες απορίες ή θέλετε βοήθεια, καλέστε τον αριθμό **[phone number].**

Μετά τιμής,

[signature]

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ CACFP ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ (Φροντίδα παιδιών)

Εάν το νοικοκυριό σας λαμβάνει παροχές από τα SNAP, TANF ή FDPIR ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:
Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα εγγεγραμμένα παιδιά και μέλη του νοικοκυριού.
Μέρος 2: Παραθέστε τον αριθμό μητρώου για όλα τα μέλη του νοικοκυριού (συμπεριλαμβανομένων των ενηλίκων) που λαμβάνουν παροχές από τα προγράμματα [State SNAP], [State TANF] ή [FDPIR].
Μέρος 3: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 4: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 5: Υπογράψτε την αίτηση. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης **δεν** είναι υποχρεωτικά.
Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική.

Εάν υποβάλετε αίτηση για ΘΕΤΟ ΠΑΙΔΙ ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:
Εάν **όλα** τα παιδιά στο νοικοκυριό είναι θετά ή εάν υποβάλετε αίτηση για χορήγηση παροχών μόνο στο θετό παιδί**:**

Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα θετά παιδιά. Σημειώστε το πλαίσιο που υποδεικνύει ότι το παιδί είναι θετό.
Μέρος 2: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 3: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 4: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 5: Υπογράψτε την αίτηση. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης **δεν** είναι υποχρεωτικά.
Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική.

Εάν ορισμένα από τα παιδιά στο νοικοκυριό είναι θετά:

Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα εγγεγραμμένα παιδιά και μέλη του νοικοκυριού. Για κάθε μέλος με μηδενικό εισόδημα, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, πρέπει να σημειώστε το πλαίσιο «Μηδενικό Εισόδημα». Επιλέξτε το αντίστοιχο πλαίσιο εάν το παιδί είναι θετό.
Μέρος 2: Εάν το νοικοκυριό δεν έχει αριθμό μητρώου, παραλείψτε αυτή την ενότητα.

Μέρος 3: Εάν οποιοδήποτε παιδί για το οποίο υποβάλετε αίτηση είναι άστεγο, παιδί μεταναστών ή παιδί που έχει εγκαταλείψει το σπίτι, σημειώστε το αντίστοιχο πλαίσιο και καλέστε [your school, homeless liaison, migrant coordinator]. Σε διαφορετική περίπτωση παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 4: Ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες για να δηλώσετε το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού για αυτόν ή τον τελευταίο μήνα.

Στήλη Α– **Όνομα**: Καταχωρήστε μόνο το ονοματεπώνυμο **όλων** των μελών του νοικοκυριού που έχουν εισόδημα και που μοιράζονται τα έσοδα και τα έξοδα, συγγενείς ή μη (όπως παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι που ζουν μαζί σας). Θα πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας. Εάν χρειάζεται, συνάψτε και άλλο φύλλο.

Στήλη Β –**Ακαθάριστο εισόδημα προηγούμενου μήνα και περιοδικότητα καταβολής**. Για κάθε μέλος του νοικοκυριού, αναφέρετε τον τύπο του εισοδήματος που καταβλήθηκε τον αντίστοιχο μήνα. Πρέπει να διευκρινίσετε την περιοδικότητα καταβολής -κάθε εβδομάδα, κάθε 15μερο, δύο φορές τον μήνα ή μηνιαίως.

Πλαίσιο 1: Καταχωρήστε το **ακαθάριστο εισόδημα** και όχι το καθαρό εισόδημα. Το ακαθάριστο εισόδημα είναι το εισόδημα προ φόρων και λοιπών κρατήσεων. Για το ποσό αυτό ανατρέξτε στο απόκομμα μισθοδοσίας ή απευθυνθείτε στον εργοδότη σας.
Πλαίσιο 2: Όσον αφορά σε όλα τα υπόλοιπα εισοδήματα, καταχωρήστε το ποσό που έλαβε κάθε άτομο αυτόν τον μήνα από την πρόνοια, τα επιδόματα διατροφής παιδιών, διατροφή.
Πλαίσιο 3: Εισοδήματα από συντάξεις, Κοινωνική Ασφάλιση, Supplemental Security Income (SSI), Επίδομα Βετεράνων (VA), και επιδόματα αναπηρίας.
Πλαίσιο 4: Καταχωρήστε ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ, συμπεριλαμβανομένων των Εργατικών Αποζημιώσεων, του επιδόματος ανεργίας ή απεργίας, των τακτικών εισφορών από άτομα τα οποία δεν διαμένουν στο νοικοκυριό σας, και οποιουδήποτε άλλου εισοδήματος. ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ οι ελεύθεροι επαγγελματίες, πρέπει να καταχωρήσουν το καθαρό εισόδημα μετά εξόδων στο Πλαίσιο 1. Το Πλαίσιο 4 αφορά στην επιχειρηματική ή αγροτική δραστηριότητα, καθώς και τα έσοδα από εκμισθώσεις. Δεν συμπεριλαμβάνονται τα έσοδα από παροχές των προγραμμάτων SNAP, FDPIR, WIC ή ομοσπονδιακών προγραμμάτων εκπαίδευσης. Εάν υπάγεστε στο πρόγραμμα Military Privatized Housing Initiative ή λαμβάνετε αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη, μην περιλαμβάνετε αυτά τα επιδόματα στο εισόδημα.

Μέρος 5: Η αίτηση πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού και πρέπει να καταχωρηθούν τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης του υπογεγραμμένου μέλους ή, εάν δεν έχει, να σημειωθεί το πλαίσιο.

Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική**.**

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ CACFP ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ (Φροντίδα παιδιών)

ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ, περιλαμβανομένων των νοικοκυριών που λαμβάνουν ενίσχυση WIC, ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:

Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα εγγεγραμμένα παιδιά και μέλη του νοικοκυριού. Για κάθε άτομο με μηδενικό εισόδημα, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών, σημειώστε το πλαίσιο «Μηδενικό Εισόδημα».
Μέρος 2: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 3: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 4: Για να δηλώσετε το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού για αυτόν ή τον προηγούμενο μήνα ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες.

Στήλη Α – **Όνομα**: Καταχωρήστε μόνο το ονοματεπώνυμο **όλων** των μελών του νοικοκυριού που έχουν εισόδημα και που μοιράζονται τα έσοδα και τα έξοδα, συγγενείς ή μη (όπως παππούδες και γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς ή φίλοι που ζουν μαζί σας). Θα πρέπει να συμπεριλάβετε τον εαυτό σας και όλα τα παιδιά που ζουν μαζί σας. Εάν χρειάζεται, συνάψτε και άλλο φύλλο.

Στήλη Β – **Ακαθάριστο εισόδημα προηγούμενου μήνα και περιοδικότητα καταβολής:** Για κάθε μέλος του νοικοκυριού, αναφέρετε τον τύπο του εισοδήματος που καταβλήθηκε τον αντίστοιχο μήνα. Πρέπει να διευκρινίσετε την περιοδικότητα καταβολής -κάθε εβδομάδα, κάθε 15μερο, δύο φορές τον μήνα ή μηνιαίως.

Πλαίσιο 1: Καταχωρήστε το **ακαθάριστο εισόδημα** και όχι το καθαρό εισόδημα. Το ακαθάριστο εισόδημα είναι το εισόδημα προ φόρων και λοιπών κρατήσεων. Για το ποσό αυτό ανατρέξτε στο απόκομμα μισθοδοσίας ή απευθυνθείτε στον εργοδότη σας.
Πλαίσιο 2: Όσον αφορά σε όλα τα υπόλοιπα εισοδήματα, καταχωρήστε το ποσό που έλαβε κάθε άτομο αυτόν τον μήνα από την πρόνοια, τα επιδόματα διατροφής παιδιών, διατροφή.
Πλαίσιο 3: Εισοδήματα από συντάξεις, Κοινωνική Ασφάλιση, Supplemental Security Income (SSI), Επίδομα Βετεράνων (VA), και επιδόματα αναπηρίας.
Πλαίσιο 4: Καταχωρήστε ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΛΟΙΠΕΣ ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ, συμπεριλαμβανομένων των Εργατικών Αποζημιώσεων, του επιδόματος ανεργίας ή απεργίας, των τακτικών εισφορών από άτομα τα οποία δεν διαμένουν στο νοικοκυριό σας, και οποιουδήποτε άλλου εισοδήματος. ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ οι ελεύθεροι επαγγελματίες, πρέπει να καταχωρήσουν το καθαρό εισόδημα μετά εξόδων στο Πλαίσιο 1. Το Πλαίσιο 4 αφορά στην επιχειρηματική ή αγροτική δραστηριότητα, καθώς και τα έσοδα από εκμισθώσεις. Δεν συμπεριλαμβάνονται τα έσοδα από παροχές των προγραμμάτων SNAP, FDPIR, WIC ή ομοσπονδιακών προγραμμάτων εκπαίδευσης. Εάν υπάγεστε στο πρόγραμμα Military Privatized Housing Initiative ή λαμβάνετε αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη, μην περιλαμβάνετε αυτά τα επιδόματα στο εισόδημα.

Μέρος 5: Η αίτηση πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού και πρέπει να καταχωρηθούν τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης του υπογεγραμμένου μέλους ή, εάν δεν έχει, να σημειωθεί το πλαίσιο.

Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική.

Στην ενότητα αυτή διευκρινίζονται οι τρόποι με τους οποίους θα χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που μας παρέχετε.

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην ενότητα αυτή διευκρινίζονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι τύχατε άδικης μεταχείρισης.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ CACFP ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ (Φροντίδα ενηλίκων)

Εάν το νοικοκυριό σας λαμβάνει παροχές από τα SNAP, FDPIR, SSI ή Medicaid ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:

Μέρος 1: Καταγράψτε μόνο τα ονόματα των ενήλικων μελών του νοικοκυριού.
Μέρος 2: Παραθέστε τον αριθμό μητρώου για κάθε μέλος του νοικοκυριού που λαμβάνει παροχές από τα προγράμματα [State SNAP], [FDPIR], [SSI] ή [Medicaid].
Μέρος 3: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 4: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 5: Υπογράψτε την αίτηση. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης **δεν** είναι υποχρεωτικά.
Μέρος 6: Η απάντηση είναι προαιρετική.

ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες:

Μέρος 1: Καταγράψτε όλα τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού. Για κάθε άτομο με μηδενικό εισόδημα σημειώστε το πλαίσιο «Μηδενικό Εισόδημα».
Μέρος 2: Παραλείψτε αυτή την ενότητα.
Μέρος 3: Ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες για να δηλώσετε το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού για αυτόν ή τον τελευταίο μήνα.

Στήλη Α – **Όνομα**: Καταχωρήστε μόνο το ονοματεπώνυμο των ενήλικων μελών του νοικοκυριού, του/της συζύγου τους και των εξαρτώμενων μελών που ζουν στο νοικοκυριό σας και μοιράζονται τα έσοδα και τα έξοδα.

Στήλη Β –**Ακαθάριστο εισόδημα προηγούμενου μήνα και περιοδικότητα καταβολής:** Για κάθε **μέλος του νοικοκυριού που συμμετέχει, τον/τη σύζυγό τους ή τα εξαρτώμενα μέλη του συμμετέχοντα**, αναφέρετε τον τύπο του εισοδήματος που καταβλήθηκε τον αντίστοιχο μήνα. Πρέπει να διευκρινίσετε την περιοδικότητα καταβολής -κάθε εβδομάδα, κάθε 15μερο, δύο φορές τον μήνα ή μηνιαίως.

Πλαίσιο 1: Καταχωρήστε το **ακαθάριστο εισόδημα** και όχι το καθαρό εισόδημα. Το ακαθάριστο εισόδημα είναι το εισόδημα προ φόρων και λοιπών κρατήσεων. Για το ποσό αυτό ανατρέξτε στο απόκομμα μισθοδοσίας ή απευθυνθείτε στον εργοδότη σας
Πλαίσιο 2: Καταχωρήστε το ποσό που έλαβε κάθε άτομο αυτόν τον μήνα από την πρόνοια, τα επιδόματα διατροφής παιδιών, διατροφή.
Πλαίσιο 3: Εισοδήματα από συντάξεις, Κοινωνική Ασφάλιση, Επίδομα Βετεράνων (VA), και επιδόματα αναπηρίας.
Πλαίσιο 4: Καταχωρήστε ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΛΟΙΠΕΣ ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ, συμπεριλαμβανομένων των Εργατικών Αποζημιώσεων, του επιδόματος ανεργίας ή απεργίας, των τακτικών εισφορών από άτομα τα οποία δεν διαμένουν στο νοικοκυριό σας, και οποιουδήποτε άλλου εισοδήματος. ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ οι ελεύθεροι επαγγελματίες, πρέπει να καταχωρήσουν το καθαρό εισόδημα μετά εξόδων στο Πλαίσιο 1. Το Πλαίσιο 4 αφορά στην επιχειρηματική ή αγροτική δραστηριότητα, καθώς και τα έσοδα από εκμισθώσεις. Δεν συμπεριλαμβάνονται τα έσοδα από παροχές των προγραμμάτων SNAP, FDPIR, WIC ή ομοσπονδιακών προγραμμάτων εκπαίδευσης. Εάν υπάγεστε στο πρόγραμμα Military Privatized Housing Initiative ή λαμβάνετε αμοιβή υπηρεσίας σε εμπόλεμη ζώνη, μην περιλαμβάνετε αυτά τα επιδόματα στο εισόδημα.

Μέρος 4: Η αίτηση πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού και πρέπει να καταχωρηθούν τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης του υπογεγραμμένου μέλους ή, εάν δεν έχει, να σημειωθεί το πλαίσιο.

Μέρος 5: Η απάντηση είναι προαιρετική**.**

Στην ενότητα αυτή διευκρινίζονται οι τρόποι με τους οποίους θα χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που μας παρέχετε.

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην ενότητα αυτή διευκρινίζονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι τύχατε άδικης μεταχείρισης.

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ CACFP ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ (Φροντίδα παιδιών)

Μέρος 1. Όλα τα μέλη του νοικοκυριού

Όνομα εγγεγραμμένου/ων παιδιού/ιών:

Ονόματα όλων των μελών του νοικοκυριού (Όνομα, μεσαίο όνομα, επώνυμο)	ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΘΕΤΟ ΠΑΙΔΙ (ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΡΟΝΟΙΑΣ Η ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ) * ΕΑΝ ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΙΝΑΙ ΘΕΤΑ, ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΟ ΜΕΡΟΣ 5 ΓΙΑ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΨΕΤΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ.	ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΕΑΝ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΜΗΔΕΝΙΚΟ
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑

Μέρος 2. Παροχές: Εάν οποιοδήποτε μέλος του νοικοκυριού σας λαμβάνει παροχές από τα προγράμματος ή , καταχωρήστε το όνομα και τον αριθμό μητρώου για το άτομο που λαμβάνει παροχές. **Εάν δεν λαμβάνει κανείς τέτοια επιδόματα, προχωρήστε κατευθείαν στο Μέρος 33.**

ΟΝΟΜΑ:_____ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

Μέρος 3. Εάν κάποιο από τα παιδιά για τα οποία υποβάλλετε την αίτηση είναι άστεγο, μετανάστης η έχει εγκαταλείψει το σπίτι, σημειώστε το αντίστοιχο πλαίσιο και καλέστε

Άστεγο ❑ Παιδί μεταναστών ❑ Παιδί που έχει εγκαταλείψει το σπίτι ❑

Μέρος 4. Συνολικό Ακαθάριστο Εισόδημα Νοικοκυριού — Πρέπει να συμπληρώστε το ποσό και την περιοδικότητα καταβολής

Α. ΟΝΟΜΑ (Συμπληρώστε **μόνο** τα μέλη του νοικοκυριού που έχουν εισόδημα)	**Β. Ακαθάριστο εισόδημα και συχνότητα καταβολής**			
	1. Κέρδη από εργασία προ κρατήσεων	2. Πρόνοια, επίδομα διατροφής για παιδιά, διατροφή	3. Συντάξεις, κοινωνική ασφάλιση, επιδόματα SSI, VA	4. Όλα τα Υπόλοιπα Εισοδήματα
(Παράδειγμα) Jane Smith	$200/ εβδομαδιαίως	$150/κάθε 15μερο	$100/ μηνιαίως	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

Μέρος 5. Υπογραφή και τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης (Υπογράφει ενήλικο μέλος)

Η αίτηση πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού. **Εάν έχει συμπληρωθεί το Μέρος 3, ο υπογεγραμμένος ενήλικας πρέπει επίσης να συμπληρώσει τα τελευταία τέσσερα ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης ή να σημειώσει το πλαίσιο «Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης»**. (Για τη Δήλωση ανατρέξτε στην οπίσθια σελίδα).

Βεβαιώνω ότι όλες τα στοιχεία που αναγράφονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθή και ότι έχουν δηλωθεί όλα τα εισοδήματα. Αντιλαμβάνομαι ότι το κέντρο ή το κέντρο ημερήσιας φροντίδας θα λάβει κρατική επιχορήγηση βάσει των πληροφοριών που παρέχω. Αποδέχομαι το γεγονός ότι οι αρμόδιοι του CACFP δύνανται να επαληθεύσουν τις πληροφορίες. Αντιλαμβάνομαι ότι σε περίπτωση που παρείχα εσκεμμένα ψευδείς πληροφορίες, ο συμμετέχων που δικαιούται γεύματα ενδέχεται να χάσει τις παροχές σίτισης και ενδέχεται να ασκηθεί εις βάρος μου ποινική δίωξη.

Υπογραφή: _____ Ονοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία: _____

Διεύθυνση: _____ Τηλέφωνο: _____

Πόλη:_____ Πολιτεία: _____ Ταχ. Κώδικας: _____

Τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ CACFP ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ (Φροντίδα παιδιών)

Μέρος 6. Φυλετική και εθνική ταυτότητα των παιδιών (προαιρετικό)	
Επιλέξτε μία εθνικότητα:	Επιλέξτε μία ή περισσότερες [φυλετικές ταυτότητες] (ανεξαρτήτως της εθνικότητας):
❑ Ισπανική ή λατινική ❑ Μη ισπανική ή λατινική	❑ Ασιατική ❑ Ιθαγενής Αμερικανικής Ινδιανικής καταγωγής ή από την Αλάσκα ❑ Λευκή ❑ Ιθαγενής της Χαβάης ή άλλου νησιού του Ειρηνικού ❑ Μαύρη ή αφροαμερικανική

Μην συμπληρώνετε αυτό το μέρος. Συμπληρώνεται αποκλειστικά από την υπηρεσία.

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:_____

Ο συμμετέχων στο κέντρο ημερήσιας φροντίδας δύναται να δικαιούται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα όρια που αναγράφονται στον πίνακα.

Αριθμός μελών νοικοκυριού	Ετησίως
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Για κάθε επιπρόσθετο μέλος	

Οι πληροφορίες που παρέχονται κατά τη συμπλήρωση της αίτησης απαιτούνται βάσει του Richard B. Russell National School Lunch Act. Δεν είστε υποχρεωμένοι να παρέχετε τα στοιχεία αλλά εάν δεν τα παρέχετε, δεν μπορούμε να εγκρίνουμε τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή στον συμμετέχοντα. Το ενήλικο μέλος του νοικοκυριού που υπογράφει την αίτηση πρέπει να αναφέρει και τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι απαραίτητα όταν η αίτηση υποβάλλεται για λογαριασμό θετών παιδιών ή σε περίπτωση που αναγράφεται ο αριθμός μητρώου για τα προγράμματα Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ή άλλος αναγνωριστικός αριθμός FDPIR, καθώς επίσης όταν αναφέρεται ότι το υπογεγραμμένο μέλος του νοικοκυριού δεν έχει Social Security Number (αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης). Από τις πληροφορίες που παρέχονται θα κριθεί εάν ο συμμετέχων δικαιούται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, καθώς και στη διαχείριση και εφαρμογή του Προγράμματος..

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να επικοινωνήσουν με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στους αριθμούς (800) 877-8339, ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). «Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ CACFP ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ (Φροντίδα Ενηλίκων)

Μέρος 1. Όλα τα μέλη του νοικοκυριού

Όνομα εγγεγραμμένου/ων ενήλικα/ίκων:

Ονόματα Ενήλικων Συμμετεχόντων (Όνομα, μεσαίο όνομα, επώνυμο)	ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΕΑΝ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΜΗΔΕΝΙΚΟ
	❑
	❑
	❑

Μέρος 2. Παροχές: Εάν οποιοδήποτε μέλος του νοικοκυριού σας έχει λάβει παροχές από τα , , ή , καταχωρήστε το όνομα και τον αριθμό ΜΗΤΡΩΟΥ για το άτομο που λαμβάνει τις παροχές. **Αν δεν λαμβάνει κανείς τέτοια επιδόματα, προχωρήστε κατευθείαν στο Μέρος 3.**
ΟΝΟΜΑ:_____ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

Μέρος 3. Συνολικό Ακαθάριστο Εισόδημα Νοικοκυριού — Πρέπει να συμπληρώστε το ποσό και την περιοδικότητα καταβολής.

Α. Όνομα (Συμπληρώστε **μόνο** τον/τους συμμετέχοντα/ες, το/τη σύζυγο, και τα εξαρτώμενα παιδιά του(ς))	**Β. Ακαθάριστο εισόδημα και συχνότητα καταβολής**			
	1. Κέρδη από εργασία προ κρατήσεων	2. Πρόνοια, επίδομα διατροφής για παιδιά, διατροφή	3. Συντάξεις, κοινωνική ασφάλιση, επιδόματα SSI, VA	4. Όλα τα Υπόλοιπα Εισοδήματα
(Παράδειγμα) Jane Smith	$200/ εβδομαδιαίως	$150/κάθε 15μερο	$100/ μηνιαίως	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

Μέρος 4. Υπογραφή και τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης (Υπογράφει ενήλικο μέλος)
Η αίτηση πρέπει να υπογραφεί από ενήλικο μέλος του νοικοκυριού. **Εάν έχει συμπληρωθεί το Μέρος 3, ο υπογεγραμμένος ενήλικας πρέπει επίσης να συμπληρώσει τα τελευταία τέσσερα ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης ή να σημειώσει το πλαίσιο «Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης».** (Για τη Δήλωση ανατρέξτε στην οπίσθια σελίδα.)

Βεβαιώνω ότι όλες τα στοιχεία που αναγράφονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθή και ότι έχουν δηλωθεί όλα τα εισοδήματα. Αντιλαμβάνομαι ότι το κέντρο ή το κέντρο ημερήσιας φροντίδας θα λάβει κρατική επιχορήγηση βάσει των πληροφοριών που παρέχω. Αποδέχομαι το γεγονός ότι οι αρμόδιοι του CACFP δύνανται να επαληθεύσουν τις πληροφορίες. Αντιλαμβάνομαι ότι σε περίπτωση που παρείχα εσκεμμένα ψευδείς πληροφορίες, ο συμμετέχων που δικαιούται γεύματα ενδέχεται να χάσει τις παροχές σίτισης και ενδέχεται να ασκηθεί εις βάρος μου ποινική δίωξη.

Υπογραφή: _____ Ονοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία:_____

Διεύθυνση: _____ Τηλέφωνο:_____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. Κώδικας:_____

Τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ Δεν έχω αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης

Μέρος 5. Φυλετική και εθνική ταυτότητα των παιδιών (προαιρετικό)

Επιλέξτε μία εθνικότητα:	Επιλέξτε μία ή περισσότερες [φυλετικές ταυτότητες] (ανεξαρτήτως της εθνικότητας):	
❑ Ισπανική ή λατινική	❑ Ασιατική	❑ Ιθαγενής Αμερικανικής Ινδιανικής καταγωγής ή από την Αλάσκα
❑ Μη ισπανική ή λατινική	❑ Λευκή	❑ Ιθαγενής της Χαβάης ή άλλου νησιού του Ειρηνικού
	❑ Μαύρη ή αφροαμερικανική	

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ CACFP ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ (Φροντίδα Ενηλίκων)

Μην συμπληρώνετε αυτό το μέρος. Συμπληρώνεται αποκλειστικά από την υπηρεσία.

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:_____

Ο συμμετέχων στο κέντρο ημερήσιας φροντίδας δύναται να δικαιούται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού σας δεν υπερβαίνει τα όρια που αναγράφονται στον πίνακα.

Αριθμός μελών νοικοκυριού	Ετησίως
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Για κάθε επιπρόσθετο μέλος	

Οι πληροφορίες που παρέχονται κατά τη συμπλήρωση της αίτησης απαιτούνται βάσει του Richard B. Russell National School Lunch Act. Δεν είστε υποχρεωμένοι να παρέχετε τα στοιχεία αλλά εάν δεν τα παρέχετε, δεν μπορούμε να εγκρίνουμε τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή στον συμμετέχοντα. Το ενήλικο μέλος του νοικοκυριού που υπογράφει την αίτηση πρέπει να αναφέρει και τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι απαραίτητα όταν αναγράφεται ο αριθμός μητρώου για τα προγράμματα Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ή άλλος αναγνωριστικός αριθμός FDPIR, καθώς επίσης όταν αναφέρεται ότι το υπογεγραμμένο μέλος του νοικοκυριού δεν έχει Social Security Number (αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης). Από τις πληροφορίες που παρέχονται θα κριθεί εάν ο συμμετέχων δικαιούται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, καθώς και στη διαχείριση και εφαρμογή του Προγράμματος.

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να επικοινωνήσουν με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στους αριθμούς (800) 877-8339, ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). «Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».

Πρέπει να αποστείλετε τις απαιτούμενες πληροφορίες ή να καλέσετε τον/την [name] ως τις [date] γιατί, σε διαφορετική περίπτωση, το κέντρο μας δεν θα δικαιούται αποζημιώσεις για τα γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή που σερβίρονται στο(στα) παιδί(ιά) σας.

Κέντρο/ Φορέας Επιχορήγησης: **[Name]**

[Date]

Αγαπητέ/Αγαπητή **[Name]**:

Ελέγχουμε την Αίτηση για Παροχές Σίτισης από το CACFP βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων που υποβάλατε. Με τη διαδικασία αυτή διασφαλίζεται ότι οι παροχές του CACFP παρέχονται μόνο σε άτομα που τις δικαιούνται. Για να αποδείξουμε ότι ο/οι **[name(s) of participant(s)]** δικαιού(ν)ται τις παροχές χρειαζόμαστε τις πληροφορίες που μας στέλνετε.

Συνιστάται, εάν είναι δυνατόν, να αποστείλετε αντίγραφα και όχι τα πρωτότυπα έγγραφα. Εάν αποστείλετε τα πρωτότυπα, θα σας επιστραφούν μόνον κατόπιν σχετικής αίτησής σας. Μην αποστείλετε την κάρτα EBT ή οποιαδήποτε άλλη κάρτα επιδομάτων που διαθέτετε.

1. Σε περίπτωση που λαμβάνατε παροχές από τα SNAP, TANF ή FDPIR κατά την υποβολή της αίτησης για χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, ή κάποια στιγμή μετά την υποβολή της αίτησης, στείλτε μας αντίγραφο ενός από τα παρακάτω:

- Βεβαίωση για τα προγράμματα SNAP, TANF ή FDPIR:όπου αναγράφονται οι ημερομηνίες του διαστήματος χορήγησης.
- Επιστολή από την υπηρεσία SNAP που βεβαιώνει ότι δικαιούστε να λαμβάνετε το επίδομα SNAP.

2. Εάν λάβετε αυτή την επιστολή για θετό παιδί:

Δηλώστε το όνομα και τα στοιχεία επικοινωνίας του αρμοδίου στην υπηρεσία ή το δικαστήριο που μπορεί να βεβαιώσει ότι το παιδί τελεί υπό την νόμιμη κηδεμονία υπηρεσίας ή δικαστηρίου.

3. Εάν δεν λαμβάνετε παροχές από τα προγράμματα SNAP, TANF ή FDPIR: Αποστείλετε αυτή την σελίδα μαζί με τα έγγραφα που πιστοποιούν το χρηματικό ποσό που λαμβάνει το νοικοκυριό σας από κάθε πηγή εισοδήματος. Στα έγγραφα που θα στείλετε θα πρέπει να αναγράφεται το **όνομα** του προσώπου που εισέπραξε το εισόδημα, η **ημερομηνία** είσπραξης, το **πόσο** που εισπράχθηκε, και η **περιοδικότητα** καταβολής. **Αποστείλετε τις πληροφορίες στη διεύθυνση: [address].**

Δεκτά γίνονται τα παρακάτω αποδεικτικά:

Εργασία*:* Απόκομμα μισθοδοσίας ή του φακέλου μισθοδοσίας όπου φαίνεται το ποσό και η περιοδικότητα καταβολής, επιστολή εργοδότη όπου δηλώνονται τα ακαθάριστα ημερομίσθια και η περιοδικότητα καταβολής τους ή έγγραφα επιχειρήσεων ή αγροτικών εκμεταλλεύσεων, όπως γενικό καθολικό ή φορολογικά βιβλία.
Κοινωνική ασφάλιση, επιδόματα ή συντάξεις*:* Επιστολή χορήγησης κοινωνικής ασφάλισης, σύνταξης ή επιδομάτων, δήλωση των λαμβανόμενων επιδομάτων ή βεβαίωση χορήγησης σύνταξης.
Ανεργία, αναπηρία ή εργατική αποζημίωση: Επιστολή επιλεξιμότητας από το γραφείο κοινωνικής ασφάλισης της Πολιτείας, απόκομμα επιταγής ή επιστολή από τον οργανισμό εργατικής αποζημίωσης.
Επιδόματα πρόνοιας: Επιστολή του οργανισμού πρόνοιας για τη χορήγηση επιδόματος.
Επίδομα διατροφής παιδιών ή διατροφή: Δικαστική απόφαση, συμφωνία ή αντίγραφα των επιταγών που έχουν ληφθεί.
Όλα τα υπόλοιπα εισοδήματα (όπως εισόδημα από εκμισθώσεις): Δικαιολογητικά που βεβαιώνουν το ύψος, την περιοδικότητα και την ημερομηνία είσπραξης των εισοδημάτων.
Μηδενικό εισόδημα: Συνοπτική περιγραφή του τρόπου με τον οποίο εξασφαλίζετε τρόφιμα, ρούχα και στέγη για το νοικοκυριό σας, καθώς και μια εκτίμηση του αναμενόμενου χρόνου απόκτησης κάποιου εισοδήματος.

Military Housing Privatization Initiative: Επιστολή ή μισθωτήριο συμβόλαιο που να αποδεικνύει ότι η στέγασή σας υπάγεται στο πρόγραμμα Military Housing Privatization Initiative.

Χρόνος υποβολής δικαιολογητικών εισοδήματος: Παρακαλούμε προσκομίστε δικαιολογητικά που βεβαιώνουν το εισόδημά σας την εποχή που υποβάλατε αίτηση για τις παροχές. Εάν δεν έχετε στη διάθεσή σας αυτές τις πληροφορίες, μπορείτε να υποβάλετε δικαιολογητικά για το διάστημα από τη συμπλήρωση της Αίτησης για Παροχές Σίτισης από το CACFP Βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων έως τον έλεγχο.

Για απορίες ή βοήθεια, απευθυνθείτε στον αρμόδιο [**[name]** στον αριθμό **[phone number]**.

Μετά τιμής,

[signature]

Οι πληροφορίες που παρέχονται κατά τη συμπλήρωση της αίτησης απαιτούνται βάσει του Richard B. Russell National School Lunch Act. Δεν είστε υποχρεωμένοι να παρέχετε τα στοιχεία αλλά εάν δεν τα παρέχετε, δεν μπορούμε να εγκρίνουμε τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή στο παιδί σας. Πρέπει να καταχωρήσετε επίσης τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης για όλα τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού, συμπεριλαμβανομένου του παιδιού που συμμετέχει στο πρόγραμμα. Ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι απαραίτητος όταν η αίτηση υποβάλλεται για λογαριασμό θετών παιδιών ή σε περίπτωση που αναγράφεται ο αριθμός μητρώου για τα προγράμματα Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program ή Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ή άλλος αναγνωριστικός αριθμός FDPIR για τον συμμετέχοντα που λαμβάνει παροχές σίτισης ή όταν αναφέρεται ότι το υπογεγραμμένο ενήλικο μέλος του νοικοκυριού δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Από τις πληροφορίες που παρέχονται θα κριθεί εάν ο συμμετέχων δικαιούται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, ενώ θα χρησιμοποιηθούν και στη διαχείριση και εφαρμογή του προγράμματος CACFP.

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Τα άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να επικοινωνήσουν με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στα τηλέφωνα (800) 877-8339; ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».

Πρέπει να αποστείλετε τις απαιτούμενες πληροφορίες ή να καλέσετε τον/την [name] ως τις [date] γιατί, σε διαφορετική περίπτωση, το κέντρο μας δεν θα δικαιούται αποζημιώσεις για τα γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή που σερβίρονται στον ενήλικο συμμετέχοντα.

Κέντρο/ Φορέας Επιχορήγησης: **[Name]**

[Date]

Αγαπητέ/Αγαπητή **[Name]**:

Ελέγχουμε την Αίτηση για Παροχές Σίτισης από το CACFP βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων που υποβάλατε. Με τη διαδικασία αυτή διασφαλίζεται ότι οι παροχές του CACFP παρέχονται μόνο σε άτομα που τις δικαιούνται. Για να αποδείξουμε ότι ο/οι **[name(s) of participant(s)]** δικαιού(ν)ται τις παροχές χρειαζόμαστε τις πληροφορίες που μας στέλνετε. Συνιστάται, εάν είναι δυνατόν, να αποστείλετε αντίγραφα και όχι τα πρωτότυπα έγγραφα. Εάν αποστείλετε τα πρωτότυπα, θα σας επιστραφούν μόνον κατόπιν σχετικής αίτησής σας. Μην αποστείλετε την κάρτα EBT ή οποιαδήποτε άλλη κάρτα επιδομάτων που διαθέτετε.

1. Σε περίπτωση που λαμβάνατε παροχές από τα SNAP, TANF, SSI ή Medicaid κατά την υποβολή της αίτησης για χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, ή κάποια στιγμή μετά την υποβολή της αίτησης, στείλτε μας αντίγραφο ενός από τα παρακάτω:

- Βεβαίωση για τα προγράμματα SNAP, FDPIR, SSI ή Medicaid όπου αναγράφονται οι ημερομηνίες του διαστήματος χορήγησης.
- Επιστολή από την υπηρεσία SNAP που βεβαιώνει ότι δικαιούστε το επίδομα SNAP.

2. Εάν δεν λαμβάνετε παροχές από τα SNAP, FDPIR, SSI ή Medicaid: Αποστείλετε αυτή την σελίδα μαζί με τα έγγραφα που πιστοποιούν το χρηματικό ποσό που λαμβάνει το νοικοκυριό σας από κάθε πηγή εισοδήματος. Στα έγγραφα που θα στείλετε θα πρέπει να αναγράφεται το όνομα του προσώπου που εισέπραξε το εισόδημα, η ημερομηνία είσπραξης, **το πόσο** που εισπράχθηκε, και η **περιοδικότητα** καταβολής. **Αποστείλετε τις πληροφορίες στη διεύθυνση: [address].**

Δεκτά γίνονται τα παρακάτω αποδεικτικά:

Εργασία*:* Απόκομμα μισθοδοσίας ή του φακέλου μισθοδοσίας όπου φαίνεται το ποσό και η περιοδικότητα καταβολής της πληρωμής, επιστολή εργοδότη όπου δηλώνονται τα ακαθάριστα ημερομίσθια και η περιοδικότητα καταβολής τους ή έγγραφα επιχειρήσεων ή αγροτικών εκμεταλλεύσεων, όπως γενικό καθολικό ή φορολογικά βιβλία.
Κοινωνική ασφάλιση, επιδόματα ή συντάξεις*:* Επιστολή χορήγησης κοινωνικής ασφάλισης, σύνταξης ή επιδομάτων, δήλωση των λαμβανόμενων επιδομάτων ή βεβαίωση χορήγησης σύνταξης.
Ανεργία, αναπηρία ή εργατική αποζημίωση: Επιστολή επιλεξιμότητας από το γραφείο κοινωνικής ασφάλισης της Πολιτείας, απόκομμα επιταγής ή επιστολή από τον οργανισμό εργατικής αποζημίωσης.
Επιδόματα πρόνοιας: Επιστολή του οργανισμού πρόνοιας για τη χορήγηση.
Επίδομα διατροφής παιδιών ή διατροφή: Δικαστική απόφαση, συμφωνία ή αντίγραφα των επιταγών που έχουν ληφθεί.
Όλα τα υπόλοιπα εισοδήματα (όπως εισόδημα από εκμισθώσεις): Δικαιολογητικά που βεβαιώνουν το ύψος, τη συχνότητα και την ημερομηνία είσπραξης των εισοδημάτων.
Μηδενικό εισόδημα: Συνοπτική περιγραφή του τρόπου με τον οποίο εξασφαλίζετε τρόφιμα, ρούχα και στέγη για το νοικοκυριό σας, καθώς και μια εκτίμηση του αναμενόμενου χρόνου απόκτησης κάποιου εισοδήματος.

Military Housing Privatization Initiative: Επιστολή ή μισθωτήριο συμβόλαιο που να αποδεικνύει ότι η στέγασή σας εντάσσεται στο πρόγραμμα Military Housing Privatization Initiative.

Χρόνος υποβολής δικαιολογητικών εισοδήματος: Παρακαλούμε προσκομίστε δικαιολογητικά που βεβαιώνουν το εισόδημά σας την εποχή που υποβάλατε αίτηση για τις παροχές. Εάν δεν έχετε στη διάθεσή σας αυτές τις πληροφορίες, μπορείτε να υποβάλετε δικαιολογητικά για το διάστημα από τη συμπλήρωση της Αίτησης για Παροχές Σίτισης από το CACFP βάσει εισοδηματικών κριτηρίων έως τον έλεγχο.

Για απορίες ή βοήθεια, απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[name]** στον αριθμό **[phone number]**.

Μετά τιμής,

[signature]

Οι πληροφορίες που παρέχονται κατά τη συμπλήρωση της αίτησης απαιτούνται βάσει του Richard B. Russell National School Lunch Act. Δεν είστε υποχρεωμένοι να παρέχετε τα στοιχεία αλλά εάν δεν τα παρέχετε, δεν μπορούμε να εγκρίνουμε τη χορήγηση γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή στο παιδί σας. Πρέπει να καταχωρήσετε επίσης τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού μητρώου κοινωνικής ασφάλισης για όλα τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού, συμπεριλαμβανομένου του παιδιού που συμμετέχει στο πρόγραμμα. Ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι απαραίτητος όταν η αίτηση υποβάλλεται για λογαριασμό θετών παιδιών ή σε περίπτωση που αναγράφεται ο αριθμός μητρώου για τα προγράμματα Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ή άλλος αναγνωριστικός αριθμός FDPIR ή αριθμός μητρώου SSI ή Medicaid για τον συμμετέχοντα που λαμβάνει παροχές σίτισης ή όταν αναφέρεται ότι το υπογεγραμμένο ενήλικο μέλος του νοικοκυριού δεν έχει αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Από τις πληροφορίες που παρέχονται θα κριθεί εάν ο συμμετέχων δικαιούται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, ενώ θα χρησιμοποιηθούν και στη διαχείριση και εφαρμογή του προγράμματος CACFP.

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Τα άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να επικοινωνήσουν με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στα τηλέφωνα (800) 877-8339; ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών»

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ CACFP ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΘΗΚΕ (Φροντίδα Παιδιών)

Κέντρο/ Φορέας Επιχορήγησης: **[Name]**

[Date:]

Αγαπητέ/Αγαπητή **[Name]**:

Αφού ελέγξαμε τα δικαιολογητικά που αποστείλατε για να βεβαιώστε ότι ο/η/οι **[name(s) of participant]** δικαιού(ν)ται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, αποφασίσαμε ότι:

- ❑ Ο συμμετέχων εξακολουθεί να δικαιούται την παροχή.
- ❑ Από τις **[date]**, ο συμμετέχων **δεν θα δικαιούται γεύματα σε μειωμένη τιμή, αλλά δωρεάν** διότι το πιστοποιημένο εισόδημα δεν υπερβαίνει τα όρια επιλεξιμότητας για δωρεάν σίτιση. Ο συμμετέχων θα γευματίζει δωρεάν.
- ❑ Από τις **[date]**, ο συμμετέχων **δεν θα δικαιούται δωρεάν γεύματα, αλλά γεύματα σε μειωμένη τιμή** διότι το πιστοποιημένο εισόδημα υπερβαίνει τα προβλεπόμενα όρια.
- ❑ Από τις **[date]**, **ο συμμετέχων δεν θα δικαιούται πλέον** γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για τους ακόλουθους λόγους:
- ❑ ___ Σύμφωνα με τα αρχεία δεν έχετε λάβει παροχές από τα SNAP, TANF, ή FDPIR.
  ___ Το εισόδημά σας υπερβαίνει το όριο χορήγησης γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
  ___ Δεν έχετε προσκομίσει: _____
  ___ Δεν ανταποκριθήκατε στο αίτημά μας.

  Εάν το νοικοκυριό σας αποκτήσει νέα μέλη ή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού συρρικνωθεί, τότε μπορείτε να υποβάλετε εκ νέου αίτηση CACFP. Εάν δεν έχετε προσκομίσει δικαιολογητικά της τρέχουσας επιλεξιμότητας σας, θα σας ζητηθεί να τα προσκομίσετε κατά την υποβολή της νέας αίτησης.

Σε περίπτωση διαφωνίας με τη συγκεκριμένη απόφαση, απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[name]** στον αριθμό **[phone]**. Δικαιούστε επίσης δίκαιας ακρόασης. Εάν ζητήσετε ακρόαση μέχρι τις **[date]**, θα εξακολουθούν να χορηγούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή στον συμμετέχοντα μέχρι τη λήψη απόφασης από τον αρμόδιο της ακρόασης. Μπορείτε να ζητήσετε την ακρόαση τηλεφωνικώς ή γραπτώς στα στοιχεία: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, or **[e-mail].**

Μετά τιμής,

[signature]

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στους αριθμούς (800) 877-8339; ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ CACFP ΒΑΣΕΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΘΗΚΕ (Φροντίδα Ενηλίκων)

Κέντρο/ Φορέας Επιχορήγησης: **[Name]**

[Date:]

Αγαπητέ/Αγαπητή **[Name]**:

Αφού ελέγξαμε τα δικαιολογητικά που αποστείλατε για να βεβαιώστε ότι ο/η/οι **[name(s) of participant]** δικαιού(ν)ται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, αποφασίσαμε ότι:

- ❑ Ο συμμετέχων εξακολουθεί να δικαιούται την παροχή.
- ❑ Από τις **[date]**, ο συμμετέχων **δεν θα δικαιούται γεύματα σε μειωμένη τιμή, αλλά δωρεάν** διότι το πιστοποιημένο εισόδημα δεν υπερβαίνει τα όρια επιλεξιμότητας για δωρεάν σίτιση. Ο συμμετέχων θα γευματίζει δωρεάν.
- ❑ Από τις **[date]**, ο συμμετέχων **δεν θα δικαιούται δωρεάν γεύματα, αλλά γεύματα σε μειωμένη τιμή** διότι το πιστοποιημένο εισόδημα υπερβαίνει τα προβλεπόμενα όρια.
- ❑ Από τις **[date]**, **ο συμμετέχων δεν θα δικαιούται πλέον** γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή για τους ακόλουθους λόγους:
- ❑ ___ Σύμφωνα με τα αρχεία δεν έχετε λάβει παροχές από τα SNAP, FDPIR, SSI, ή Medicaid.
  ___ Το εισόδημά σας υπερβαίνει το όριο χορήγησης γευμάτων δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή.
  ___ Δεν έχετε προσκομίσει: _____
  ___ Δεν ανταποκριθήκατε στο αίτημά μας.

  Εάν το νοικοκυριό σας αποκτήσει νέα μέλη ή εάν το εισόδημα του νοικοκυριού συρρικνωθεί, τότε μπορείτε να υποβάλετε εκ νέου αίτηση CACFP. Εάν δεν έχετε προσκομίσει δικαιολογητικά της τρέχουσας επιλεξιμότητας σας, θα σας ζητηθεί να τα προσκομίσετε κατά την υποβολή της νέας αίτησης.

Σε περίπτωση διαφωνίας με τη συγκεκριμένη απόφαση, μπορείτε να απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[name]** στον αριθμό **[phone]**. Δικαιούστε επίσης δίκαιας ακρόασης. Εάν ζητήσετε ακρόαση μέχρι τις **[date]**, θα εξακολουθούν να χορηγούνται στον συμμετέχοντα μέχρι τη λήψη απόφασης από τον αρμόδιο της ακρόασης. Μπορείτε να ζητήσετε την ακρόαση τηλεφωνικώς ή γραπτώς στα στοιχεία: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, or **[e-mail].**

Μετά τιμής,

[signature]

Δήλωση περί μη διακρίσεων: Στην εν λόγω δήλωση υποδεικνύονται οι ενέργειες στις οποίες μπορείτε να προβείτε εάν πιστεύετε ότι έχετε τύχει άδικης μεταχείρισης. «Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία και την πολιτική του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, το παρόν ίδρυμα απαγορεύεται να κάνει διακρίσεις ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία και την αναπηρία. Για να καταθέσετε αγωγή για δυσμενή διάκριση, αποστείλετε επιστολή στη διεύθυνση USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ή καλέστε χωρίς χρέωση στον αριθμό (866) 632-9992 (φωνητική κλήση). Άτομα με προβλήματα ακοής ή προβλήματα λόγου μπορούν να με το USDA δια μέσου του Ομοσπονδιακού Συστήματος Αναμετάδοσης στους αριθμούς (800) 877-8339; ή (800) 845-6136 (στα Ισπανικά). Το USDA διασφαλίζει ως εργοδότης την παροχή ίσων ευκαιριών».

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ MEDICAID/SCHIP

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα:

Εάν τα παιδιά σας λαμβάνουν σχολικά γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, ενδέχεται να δικαιούνται επίσης ασφάλιση υγείας δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή μέσω του Medicaid ή του State Children's Health Insurance Program (κρατικού προγράμματος ασφάλισης υγείας για παιδιά - SCHIP). Τα παιδιά που δικαιούνται ασφάλεια υγείας χαίρουν τακτικής υγειονομικής περίθαλψης και έχουν λιγότερες πιθανότητες να απουσιάσουν από το σχολείο λόγω ασθενείας.

Λόγω της σπουδαιότητας που έχει η ασφάλιση υγείας για την ευεξία των παιδιών, **η νομοθεσία μάς επιτρέπει να ενημερώσουμε τις υπηρεσίες Medicaid και SCHIP ότι τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε μειωμένη τιμή, *εκτός εάν μας ζητήσετε να μην το κάνουμε***. Οι υπηρεσίες Medicaid και SCHIP χρησιμοποιούν τις πληροφορίες αυτές αποκλειστικά για να κρίνουν ποία παιδιά δικαιούνται να συμμετέχουν στα προγράμματα που παρέχουν. Οι αρμόδιοι των προγραμμάτων ενδέχεται να επικοινωνήσουν μαζί σας για να σας προτείνουν την εγγραφή των παιδιών σας σε αυτό το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας. Η συμπλήρωση της Αίτησης για Παροχές Σίτισης βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων δεν συνεπάγεται την αυτόματη εγγραφή των παιδιών σας στα προγράμματα ασφάλισης υγείας.

Εάν δεν θέλετε να κοινοποιήσουμε τα στοιχεία σας στα Medicaid ή SCHIP, θα πρέπει να συμπληρώσετε και να μας αποστείλετε το παρακάτω έντυπο στη διεύθυνση **[address] έως τις [date]**. (η αποστολή του συγκεκριμένου εντύπου δεν επηρεάζει το εάν τα παιδιά σας δικαιούνται γεύματα δωρεάν ή σε χαμηλή τιμή).

❑ **Όχι! ΔΕΝ** επιθυμώ να κοινοποιηθούν οι πληροφορίες που παρέχω στην Αίτηση για Παροχές Σίτισης από το CACFP βάσει Εισοδηματικών Κριτηρίων στη Medicaid ή στο State Children's Health Insurance Program.

Εάν έχετε σημειώσει το πλαίσιο που μη κοινοποίησης των πληροφοριών, συμπληρώστε το παρακάτω έντυπο:

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Όνομα παιδιού: _____ Σχολείο: _____

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____

Σημερινή ημερομηνία: _____

Ονοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση: _____

_____

Για περισσότερες πληροφορίες, απευθυνθείτε στον αρμόδιο **[name]** στον αριθμό **[phone]**