CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

FORMULARZ DOTYCZĄCY DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW

Instrukcje dla ośrodków opieki nad dziećmi i dorosłymi oferujących program żywienia, organizacji sponsorujących i świadczeniodawców w rodzinnych domach opieki dziennej

Niniejszy pakiet zawiera prototypy formularzy:

Wymagane informacje, które *muszą* zostać dostarczone gospodarstwom domowym i świadczeniodawcom w ośrodkach opieki dziennej:

- List do gospodarstw domowych: Ośrodek opieki dziennej nad dziećmi i świadczeniodawcy Tier II oraz Ośrodek opieki dziennej nad osobami dorosłymi
- List do świadczeniodawców Tier I oraz świadczeniodawców w rodzinnych domach opieki dziennej
- Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków: Ośrodek opieki dziennej nad dziećmi oraz Ośrodek opieki dziennej nad osobami dorosłymi (łącznie z Instrukcjami)

Uwaga: Stany nie są zobowiązane do korzystania z dołączonych prototypów, muszą jednak dopilnować, aby wymagane informacje zostały dostarczone.

Materiały informacyjne o weryfikacji kwalifikowalności:

- Zawiadomienie o wyborze do weryfikacji kwalifikowalności (tylko programy określające ceny): Ośrodek opieki dziennej nad dziećmi oraz Ośrodek opieki dziennej nad osobami dorosłymi
- List z wynikami weryfikacji (tylko programy określające ceny): Ośrodek opieki dziennej nad dziećmi oraz Ośrodek opieki dziennej nad osobami dorosłymi

Opcjonalne materiały związane z aplikacją, które *mogą* być dostarczone gospodarstwom domowym:

- Udostępnianie informacji Medicaid i SCHIP

Strony te są zaprojektowane do druku na papierze 8½” na 11”. Niektóre ze stron mogą być drukowane dwustronnie. Pola **[bold bracketed fields]** wskazują gdzie należy wstawić swoje określone informacje dotyczące osoby, z którą należy kontaktować się, aby uzyskać pomoc i do kogo należy wysłać wypełniony(-e) formularz(e). Należy wstawić nazwę swojego stanu dla Temporary Assistance to Needy Families (TANF) (pol. Tymczasowa Pomoc dla Rodzin Ubogich) lub State Children’s Health Insurance Program (SCHIP) (pol. Stanowy Program Ubezpieczenia Zdrowotnego Dzieci) i/lub, jeśli ma zastosowanie, Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) (pol. Program Dystrybucji Pożywienia w Rezerwatach Indiańskich).

Niniejszy pakiet prototypowy zawiera również informacje dotyczące wyłączenia dodatku mieszkaniowego w przypadku osób uczestniczących w Military Housing Privatization Initiative (pol. Inicjatywie prywatyzacji mieszkań wojskowych) i programach określających ceny. Jeśli części te nie mają zastosowania, można je usunąć.

Agencja stanowa może wymagać przedłożenia pakietu do zatwierdzenia. W przypadku pytań proszę kontaktować się z:

[State agency address]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Szanowny rodzicu/opiekunie:

Poniższy list adresowany jest do rodziców i opiekunów dzieci zarejestrowanych w ośrodku opieki nad dziećmi. **[Name of Center]** oferuje wszystkim zarejestrowanym dzieciom zdrowe posiłki w ramach programu Amerykańskiego Departamentu Rolnictwa (U.S. Department of Agriculture's (USDA) oraz Child and Adult Care Food Program (CACFP) (pol. Program Żywienia Dzieci i Dorosłych w Ośrodkach Opieki). CACFP zapewnia zwrot kosztów zdrowych posiłków i przekąsek serwowanych dzieciom zarejestrowanym w ośrodku opieki. Proszę pomóc nam w stosowaniu się do wymagań CACFP wypełniając załączony Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków. Ponadto, dzięki wypełnieniu formularza będziemy mogli określić czy Pana(-i) dziecko(dzieci) kwalifikuje(-ą) się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie.

1. Czy dla każdego dziecka przebywającego w ośrodku opieki muszę wypełniać Formularz dotyczący otrzymywania posiłków? Może Pan(i) wypełnić i złożyć jeden Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków CACFP dla wszystkich dzieci w gospodarstwie domowym zarejestrowanych w ośrodku opieki **tylko** w przypadku, gdy dzieci zarejestrowane są w tym samym ośrodku. Nie możemy zatwierdzić formularza, który jest niepełny, proszę więc uważnie przeczytać instrukcje i podać wszystkie wymagane informacje. **Wypełniony formularz należy zwrócić do: [(Name of Center, address, phone number].**

2. Kto może otrzymywać bezpłatne posiłki bez podawania informacji o dochodzie? Z bezpłatnych posiłków mogą korzystać dzieci z gospodarstw domowych korzystających ze świadczeń programów Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (pol. Program Pomocy Żywnościowej), (wcześniej znanego jako Food Stamp) (pol. Program Talonów Żywnościowych), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) (pol. Tymczasowej Pomocy dla Rodzin Ubogich) lub Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) (pol. Program Dystrybucji Pożywienia w Rezerwatach Indiańskich). Dzieci przybrane i dzieci zarejestrowane w programie Head Start (pol. Łatwiejszy Start) są również uprawnione do korzystania z bezpłatnych posiłków. Dzieci z gospodarstw domowych biorących udział w WIC mogą kwalifikować się do otrzymywania bezpłatnych posiłków.

3. Kto może otrzymywać posiłki po obniżonej cenie? Pana(-i) dzieci mogą otrzymywać posiłki po obniżonej cenie, jeśli dochód w Waszym gospodarstwie domowym mieści się w granicach kwalifikujących do posiłków po obniżonej cenie, według federalnej tabeli dochodów, przedstawionej w tym wniosku. Dzieci z gospodarstw domowych biorących udział w WIC mogą kwalifikować się do otrzymywania posiłków w obniżonej cenie.

4. Czy mogę wypełnić formularz jeśli ktoś w moim gospodarstwie domowym nie ma obywatelstwa USA? Tak. Pan(i) lub Pana(-i) dzieci nie musicie być obywatelami USA, aby zakwalifikować się do otrzymywania posiłków oferowanych w ośrodku opieki nad dziećmi.

5. Kogo powinienem zaliczyć do członków gospodarstwa domowego? Należy włączyć wszystkie osoby mieszkające w Pana(-i) gospodarstwie domowym (takie jak dziadkowie, inni krewni lub przyjaciele, którzy z Panem(-ią) mieszkają), dzielące się dochodami i wydatkami. Należy włączyć siebie i wszystkie dzieci, które z Panem(-ią) mieszkają. Można również włączyć przybrane dzieci, które z Panem(-ią) mieszkają.

6. W jaki sposób należy zgłaszać informacje o dochodzie i zmiany w statusie zatrudnienia? Deklarowany dochód musi być całkowitym dochodem brutto uzyskanym w ostatnim miesiącu i należy go przedstawić według źródła dla każdego członka gospodarstwa domowego. Jeśli dochód z ostatniego miesiąca nie odzwierciedla dokładnie Pana(-i) zwykłej sytuacji finansowej, można podać prognozę dochodu miesięcznego. Jeśli nie nastąpiła żadna znacząca zmiana, jako podstawę do utworzenia takiej prognozy można wykorzystać dochody z zeszłego miesiąca. Jeśli dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego wynosi tyle samo lub mniej niż sumy wskazane w dołączonej Tabeli dochodów dla gospodarstwa domowego wielkości Pana(-i) gospodarstwa domowego, ośrodek otrzyma większy zwrot kosztów. Po przyznaniu uprawnień do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub w obniżonej cenie, bez względu na to czy na podstawie dochodów, czy po przedstawieniu aktualnego numeru sprawy SNAP, TANF, FDPIR, uprawnienia będą obowiązywać przez kolejnych 12 miesięcy. Należy nas jednak poinformować jeśli Pan(i) lub inna osoba w gospodarstwie domowym straci pracę, a utrata dochodu spowoduje, że dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego będzie mieścił się w normach określonych dla uprawnień.

7. Co w przypadku, gdy mój dochód nie zawsze jest taki sam? Proszę wymienić kwotę, którą zwykle Pan(i) otrzymuje. Na przykład: jeśli zwykle otrzymuje Pan(i) miesięcznie 1000 USD, ale w ostatnim miesiącu opuścił Pan(i) kilka dni i otrzymał(a) tylko 900 USD, proszę wpisać, że miesięcznie otrzymuje Pan(i) 1000 USD. Jeśli zwykle ma Pan(i) nadgodziny, proszę je włączyć do dochodu, jeśli jednak ma Pan(i) nadgodziny tylko czasami, proszę ich nie włączać.

8. Co w przypadku, gdy mam przybrane dzieci? Przybrane dzieci, za które odpowiedzialność prawną ponosi agencja opieki zastępczej lub sąd, kwalifikują się do otrzymywania bezpłatnych posiłków. Przybrane dzieci żyjące w danym gospodarstwie domowym kwalifikują się do otrzymywania bezpłatnych posiłków, bez względu na dochody. Gospodarstwa domowe mogą uwzględnić przybrane dzieci na Formularzu dotyczącym otrzymywania posiłków, jednak nie muszą uwzględniać kwot otrzymywanych na przybrane dzieci jako dochodu. Gospodarstwa domowe, które chcą ubiegać się o takie świadczenia dla przybranych dzieci powinny skontaktować się z **[name, address, phone number].**

9. Należymy do służb wojskowych, czy do dochodu włączamy nasz dodatek mieszkaniowy i dodatek do zasiłku? Jeśli Pana(-i) mieszkanie jest częścią inicjatywy Military Housing Privatization Initiative i otrzymuje Pan(i) dodatek do zasiłku rodzinnego, proszę nie włączać tych dodatków do dochodu. W przypadku rozlokowanych członków służb wojskowych, jako dochód będzie traktowana tylko ta część ich dochodu, którą udostępnili sami lub w ich imieniu została udostępniona gospodarstwu domowemu. Dodatek bojowy, w tym Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) (pol. dodatek motywacyjny za przedłużenie przydziału) również nie jest włączany do dochodu i nie będzie liczony jako dochód gospodarstwa domowego. Wszystkie inne dodatki muszą być włączone do dochodu brutto.

10. ***(Pricing program only)*** **Czy informacje, które podaję będą sprawdzane?** Być może. Możemy poprosić Pana(-ią) o przesłanie pisemnego potwierdzenia w celu zweryfikowania informacji zawartych w formularzu. **Co w przypadku, gdy nie zgodzę się z decyzją co do informacji podanych w formularzu?** Powinien Pan(i) porozmawiać ze swoim **[Center or Sponsoring Organization]**.

Podczas zarządzania programami żywienia dzieci nikt nie będzie dyskryminowany ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność.

Jeśli ma Pan(i) inne pytania lub potrzebuje pomocy, proszę zadzwonić pod numer **[phone number]**.

Z poważaniem,

[signature]

[Insert Sponsoring Organization Letterhead]

Szanowny rodzicu/opiekunie:
Poniższy list adresowany jest do rodziców lub opiekunów dzieci zarejestrowanych w rodzinnym domu opieki dziennej. **[Name of day care home]** oferuje wszystkim zarejestrowanym dzieciom zdrowe posiłki w ramach programu Amerykańskiego Departamentu Rolnictwa (U.S. Department of Agriculture's (USDA) oraz Child and Adult Care Food Program (CACFP) (pol. Program Żywienia Dzieci i Dorosłych w Ośrodkach Opieki). CACFP zapewnia zwrot kosztów zdrowych posiłków i przekąsek serwowanych dzieciom zarejestrowanym w ośrodku opieki. Proszę pomóc nam w stosowaniu się do wymagań CACFP wypełniając załączony Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków.

1. Czy muszę wypełnić Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków, aby moje dziecko(-i) mogły korzystać ze świadczeń CACFP? Nie, jeśli jednak zechce Pan(i) to zrobić, Pana(-i) świadczeniodawca może otrzymać wyższy zwrot kosztów za posiłki zapewniane dzieciom. Jeśli wypełni Pan(i) formularz, może Pan(i) zwrócić go bezpośrednio swojemu świadczeniodawcy lub sponsorowi świadczeniodawcy **[Sponsor's Name]**. Jeśli zechce Pan(i) dostarczyć formularz bezpośrednio sponsorowi, proszę zwrócić wypełniony formularz: **[(Sponsor) at name, address, phone number].**

> ___ Proszę w tym miejscu wstawić swoje inicjały, jeśli zgadza się Pan(i), aby [**Provider's Name]** odebrał Pana(i) formularz i przekazał go Sponsorowi. **[Provider's Name]** nie będzie przeglądał formularza.

2. Czy dla każdego dziecka przebywającego w ośrodku opieki muszę wypełniać Formularz dotyczący otrzymywania posiłków? Może Pan(i) wypełnić i złożyć jeden Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków CACFP dla wszystkich dzieci w gospodarstwie domowym zarejestrowanych w ośrodku opieki tylko w przypadku, gdy dzieci zarejestrowane są w tym samym domu. Nie możemy zatwierdzić formularza, który jest niepełny, proszę więc uważnie przeczytać instrukcje i podać wszystkie wymagane informacje.

3. Kto kwalifikuje się do otrzymania wyższego zwrotu kosztów bez podawania informacji o dochodzie? Pana(-i) świadczeniodawca otrzyma wyższy zwrot kosztów za posiłki zapewniane dzieciom przybranym i dzieciom z gospodarstw domowych korzystających ze świadczeń programów Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (pol. Program Pomocy Żywnościowej), (wcześniej znanego jako Food Stamp) (pol. Program Talonów Żywnościowych), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) (pol. Tymczasowej Pomocy dla Rodzin Ubogich) lub Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) (pol. Program Dystrybucji Pożywienia w Rezerwatach Indiańskich). Dzieci z gospodarstw domowych biorących udział w WIC mogą kwalifikować się do otrzymywania wyższego zwrotu kosztów.

4. Kto kwalifikuje się do otrzymania wyższego zwrotu kosztów w oparciu o dochody? Pana(-i) świadczeniodawca może otrzymać wyższy zwrot kosztów za posiłki zapewniane dzieciom, jeśli dochód w Pana(-i) gospodarstwie domowym mieści się w granicach kwalifikujących do posiłków po obniżonej cenie, według federalnej tabeli dochodów, przedstawionej w tym wniosku. Dzieci z gospodarstw domowych biorących udział w WIC mogą kwalifikować się do otrzymywania wyższego zwrotu kosztów.

5. Czy mogę wypełnić formularz jeśli ktoś w moim gospodarstwie domowym nie ma obywatelstwa USA? Tak. Pan(i) lub Pana(-i) dzieci nie musicie być obywatelami USA, aby zakwalifikować się do otrzymywania posiłków oferowanych w domu dziennej opieki.

6. Kogo powinienem zaliczyć do członków gospodarstwa domowego? Należy włączyć wszystkie osoby mieszkające w Pana(-i) gospodarstwie domowym (takie jak dziadkowie, inni krewni lub przyjaciele, którzy z Panem(-ią) mieszkają), dzielące się dochodami i wydatkami. Należy włączyć siebie i wszystkie dzieci, które z Panem(-ią) mieszkają. Można również włączyć przybrane dzieci, które z Panem(-ią) mieszkają.

7. W jaki sposób należy zgłaszać informacje o dochodzie i zmiany w statusie zatrudnienia? Deklarowany dochód musi być całkowitym dochodem brutto uzyskanym w ostatnim miesiącu i należy go przedstawić według źródła dla każdego członka gospodarstwa domowego. Jeśli dochód z ostatniego miesiąca nie odzwierciedla dokładnie Pana(-i) zwykłej sytuacji finansowej, można podać prognozę dochodu miesięcznego. Jeśli nie nastąpiła żadna znacząca zmiana, jako podstawę do utworzenia takiej prognozy można wykorzystać dochody z zeszłego miesiąca. Jeśli dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego wynosi tyle samo lub mniej niż sumy wskazane w dołączonej Tabeli dochodów dla gospodarstwa domowego wielkości Pana(-i) gospodarstwa domowego, rodzinny dom opieki dziennej otrzyma większy zwrot kosztów. Po przyznaniu uprawnień do otrzymywania wyższego zwrotu kosztów, bez względu na to czy na podstawie dochodów, czy po przedstawieniu aktualnego numeru sprawy SNAP, TANF, FDPIR, uprawnienia będą obowiązywać przez kolejnych 12 miesięcy. Należy nas jednak poinformować jeśli Pan(i) lub inna osoba w gospodarstwie domowym straci pracę, a utrata dochodu spowoduje, że dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego będzie mieścił się w normach określonych dla uprawnień.

8. Co w przypadku, gdy mój dochód nie zawsze jest taki sam? Proszę wymienić kwotę, którą zwykle Pan(i) otrzymuje. Na przykład: jeśli zwykle otrzymuje Pan(i) miesięcznie 1000 USD, ale w ostatnim miesiącu opuścił Pan(i) kilka dni i otrzymał(a) tylko 900 USD, proszę wpisać, że miesięcznie otrzymuje Pan(i) 1000 USD. Jeśli zwykle ma Pan(i) nadgodziny, proszę je włączyć do dochodu, jeśli jednak ma Pan(i) nadgodziny tylko czasami, proszę ich nie włączać.

9. Co w przypadku, gdy mam przybrane dzieci? Przybrane dzieci, za które odpowiedzialność prawną ponosi agencja opieki zastępczej lub sąd, automatycznie kwalifikują się do otrzymywania wyższego zwrotu kosztów. Przybrane dzieci żyjące w danym gospodarstwie domowym kwalifikują się bez względu na dochody. Gospodarstwa domowe mogą uwzględnić przybrane dzieci na Formularzu dotyczącym otrzymywania posiłków, jednak nie muszą uwzględniać kwot otrzymywanych na przybrane dzieci jako dochodu. Gospodarstwa domowe, które chcą ubiegać się o takie świadczenia dla przybranych dzieci powinny skontaktować się z **[name, address, phone number].**

10. Należymy do służb wojskowych, czy do dochodu włączamy nasz dodatek mieszkaniowy i dodatek do zasiłku? Jeśli Pana(-i) mieszkanie jest częścią inicjatywy Military Housing Privatization Initiative i otrzymuje Pan(i) dodatek do zasiłku rodzinnego, proszę nie włączać tych dodatków do dochodu. W przypadku rozlokowanych członków służb wojskowych, jako dochód będzie traktowana tylko ta część ich dochodu, którą udostępnili sami lub w ich imieniu została udostępniona gospodarstwu domowemu. Dodatek bojowy, w tym Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) (pol. dodatek motywacyjny za przedłużenie przydziału) również nie jest włączany do dochodu i nie będzie liczony jako dochód gospodarstwa domowego. Wszystkie inne dodatki muszą być włączone do dochodu brutto.

Podczas zarządzania programami żywienia dzieci nikt nie będzie dyskryminowany ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Jeśli ma Pan(i) inne pytania lub potrzebuje pomocy, proszę zadzwonić pod numer **[phone number]**.

Z poważaniem,

[signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

Szanowny rodzicu/opiekunie:

Program CACFP oferuje zwrot kosztów za posiłki dla placówek dziennej opieki nad osobami dorosłymi, które zapewniają zorganizowane, kompleksowe usługi opieki dziennej dla osób dorosłych z upośledzeniem funkcjonowania lub w wieku 60 lat lub starszych. Wypełniając załączony Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków, ośrodki będą mogły otrzymać zwrot kosztów, oparty na liczbie zarejestrowanych uczestników, którzy kwalifikują się do otrzymania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie.

1. Czy dla każdej osoby dorosłej przebywającej w ośrodku opieki dziennej muszę wypełniać Formularz dotyczący otrzymywania posiłków? Może Pan(i) wypełnić i złożyć jeden Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków CACFP dla osób dorosłych zarejestrowanych w ośrodku opieki dziennej **tylko** w przypadku, gdy dzieci zarejestrowane są w tym samym ośrodku. Nie możemy zatwierdzić formularza, który jest niepełny, proszę więc uważnie przeczytać instrukcje i podać wszystkie wymagane informacje. **Wypełniony formularz należy zwrócić do: [(Center) at name, address, phone number].**

2. Kto może otrzymywać bezpłatne posiłki? Z bezpłatnych posiłków mogą korzystać osoby dorosłe z gospodarstw domowych korzystających ze świadczeń programów Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (pol. Program Pomocy Żywnościowej), (wcześniej znanego jako Food Stamp) (pol. Program Talonów Żywnościowych), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) (pol. Program Dystrybucji Pożywienia w Rezerwatach Indiańskich), Supplemental Security Income (SSI) (pol. Dodatkowa Zapomoga Rządowa) lub Medicaid. Osoby dorosłe z gospodarstw domowych biorących udział w WIC mogą kwalifikować się do otrzymywania bezpłatnych posiłków.

3. Kto może otrzymywać posiłki po obniżonej cenie? Osoby dorosłe mogą otrzymywać posiłki po obniżonej cenie, jeśli dochód w Waszym gospodarstwie domowym mieści się w granicach kwalifikujących do posiłków po obniżonej cenie, według federalnej tabeli dochodów, przedstawionej w tym wniosku. Osoby dorosłe z gospodarstw domowych biorących udział w WIC mogą kwalifikować się do otrzymywania posiłków w obniżonej cenie.

4. Czy mogę wypełnić formularz jeśli ktoś w moim gospodarstwie domowym nie ma obywatelstwa USA? Tak. Pan(i) lub inne osoby dorosłe pozostające pod Pana(-i) opieką nie musicie być obywatelami USA, aby zakwalifikować się do otrzymywania posiłków oferowanych w ośrodku.

5. Kogo powinienem zaliczyć do członków gospodarstwa domowego? Należy włączyć osobę dorosłą pozostającą pod Pana(-i) opieką, jej/jego małżonka(-ę) i osoby pozostające na jego/jej utrzymaniu, które dzielą się dochodami i wydatkami.

6. W jaki sposób należy zgłaszać informacje o dochodzie i zmiany w statusie zatrudnienia? Deklarowany dochód musi być całkowitym dochodem brutto uzyskanym w ostatnim miesiącu i należy go przedstawić według źródła dla każdego członka gospodarstwa domowego. Jeśli dochód z ostatniego miesiąca nie odzwierciedla dokładnie Pana(-i) zwykłej sytuacji finansowej, można podać prognozę dochodu miesięcznego. Jeśli nie nastąpiła żadna znacząca zmiana, jako podstawę do utworzenia takiej prognozy można wykorzystać dochody z zeszłego miesiąca. Jeśli dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego wynosi tyle samo lub mniej niż sumy wskazane w dołączonej Tabeli dochodów dla gospodarstwa domowego wielkości Pana(-i) gospodarstwa domowego, ośrodek opieki nad osobami dorosłymi otrzyma większy zwrot kosztów. Po przyznaniu uprawnień do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub w obniżonej cenie, bez względu na to czy na podstawie dochodów czy po przedstawieniu dowodu korzystania ze świadczeń w postaci aktualnego numeru sprawy SNAP, FDPIR lub numeru zapomogi SSI lub Medicaid, uprawnienia będą obowiązywać przez okres nieprzekraczający 12 miesięcy. Należy nas jednak poinformować, jeśli Pan(i) lub inna osoba w gospodarstwie domowym straci pracę, a utrata dochodu w trakcie okresu bezrobocia spowoduje, że dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego będzie mieścił się w normach określonych dla uprawnień.

7. Co w przypadku, gdy mój dochód nie zawsze jest taki sam? Proszę wymienić kwotę, którą zwykle Pan(i) otrzymuje. Na przykład: jeśli zwykle otrzymuje Pan(i) miesięcznie 1000 USD, ale w ostatnim miesiącu opuścił Pan(i) kilka dni i otrzymał(a) tylko 900 USD, proszę wpisać, że miesięcznie otrzymuje Pan(i) 1000 USD. Jeśli zwykle ma Pan(i) nadgodziny, proszę je włączyć, jeśli jednak zdarza się to tylko czasami proszę ich nie podawać. Jeśli stracił(a) Pan(i) pracę lub zmniejszyła się Pana(-i) godziny pracy lub zarobki, proszę podać obecny dochód.

8. Należymy do służb wojskowych, czy włączamy nasz dodatek mieszkaniowy do dochodu? Jeśli Pana(-i) mieszkanie jest częścią inicjatywy Military Housing Privatization Initiative i otrzymuje Pan(i) dodatek do zasiłku rodzinnego, proszę nie włączać tych dodatków do dochodu. W przypadku rozlokowanych członków służb wojskowych, jako dochód będzie traktowana tylko ta część ich dochodu, którą udostępnili sami lub w ich imieniu została udostępniona gospodarstwu domowemu. Dodatek bojowy, w tym Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) (pol. dodatek motywacyjny za przedłużenie przydziału) również nie jest włączany do dochodu i nie będzie liczony jako dochód gospodarstwa domowego. Wszystkie inne dodatki muszą być włączone do dochodu brutto.

9. ***(Pricing program only)*** **Czy informacje, które podaję będą sprawdzane?** Być może. Możemy poprosić Pana(-ią) o przesłanie pisemnego potwierdzenia w celu zweryfikowania informacji zawartych w formularzu. **Co w przypadku, gdy nie zgodzę się z decyzją co do informacji podanych w formularzu?** Powinien Pan(i) porozmawiać ze swoim **[Center or Sponsoring Organization]**. Można poprosić o rozmowę dzwoniąc lub pisząc do: **[name, address, phone number].**

Podczas zarządzania programami CACFP nikt nie będzie dyskryminowany ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność.

Jeśli ma Pan(i) inne pytania lub potrzebuje pomocy, proszę zadzwonić pod numer **[phone number]**.

Z poważaniem,

[signature]

[Insert Sponsor Letterhead]

Szanowny świadczeniodawco:

Aby zakwalifikować się do zwrotu kosztów dla Tier I lub jeśli chce Pan(i) otrzymywać zwrot kosztów za posiłki zapewniane swoim dzieciom w ramach programu Child and Adult Care Food Program (CACFP) Amerykańskiego Departamentu Rolnictwa, należy wypełnić, podpisać i zwrócić nam załączony Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków.

1. W jaki sposób mogę zakwalifikować się do zwrotu kosztów dla Tier I za posiłki oferowane dzieciom zarejestrowanym w moim domu? Musi Pan(i) (a) mieszkać na obszarze, który kwalifikuje się jako obszar o obniżonym poziomie ekonomicznym, zgodnie z danymi w rejestrze szkoły lub danymi ze spisu ludności lub (b) określić obniżony poziom ekonomiczny na podstawie informacji podanych w załączonym Formularzu dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków.

2. Kto decyduje o mojej kwalifikowalności jako świadczeniodawcy Tier I w domu opieki dziennej? Nasze biuro zdecyduje, czy kwalifikuje się Pan(i). Wykorzystamy informacje, które poda nam Pan(i) w Formularzu dot. kwalifikowalności do otrzymywania posiłków. Proszę pamiętać o dokładnym wypełnieniu i podpisaniu formularza; proszę podać cały dochód gospodarstwa domowego (nie tylko dochód z działalności gospodarczej rodzinnego domu opieki dziennej); proszę również dostarczyć odpowiednią dokumentację dochodu. **Wypełniony formularz i inne dokumenty należy zwrócić do: [at name, address, phone number].**

3. Jakie dokumenty należy dostarczyć razem z Formularzem dotyczącym kwalifikowalności do otrzymywania posiłków? Jeśli prowadził(a) Pan(i) rodzinny dom opieki dziennej w zeszłym roku, proszę dołączyć kopię ostatniego zeznania podatkowego, w tym Schedule C, jeśli ostatnie zeznanie podatkowe i Schedule C nie odzwierciedlają już Pana(-i) dochodu może Pan(i) złożyć dokumentację o aktualnym dochodzie i wydatkach. W tym celu proszę załączyć oświadczenia o zarobkach z pracy i z innych źródeł dochodu. W wysyłanych dokumentach muszą znaleźć się imię i nazwisko osoby, która uzyskała dochód, data uzyskania dochodu, wysokość dochodu oraz jak często uzyskiwany był dochód.

4. W jaki sposób można uzyskać zwrot kosztów za posiłki zapewniane swoim własnym dzieciom? Zgodnie z prawem musi Pan(i) wypełnić ten formularz, jeśli chce Pan(i) ubiegać się o zwrot kosztów posiłków zapewnianych własnym dzieciom. Nawet jeśli mieszka Pan(i) na obszarze określonym jako obszar o obniżonym poziomie ekonomicznym lub został(a) już Pan(i) sklasyfikowany jako dom opieki poziomu I (tier I), musi Pan(i) wypełnić ten formularz. Nasze biuro <u>może</u> weryfikować przedstawiane informacje o dochodzie.

5. Jeśli nie mieszkam na obszarze o obniżonym poziomie ekonomicznym lub nie chcę złożyć Formularza dot. kwalifikowalności do otrzymywania posiłków, jakie mam opcje uzyskania zwrotu kosztów? Otrzyma Pan(i) niższy zwrot kosztów za posiłki zapewniane dzieciom zarejestrowanym w rodzinnym domu opieki dziennej.

6. Czy informacje, które podaję będą weryfikowane? Być może. Możemy poprosić Pana(-ią) o przesłanie pisemnego potwierdzenia w celu zweryfikowania informacji zawartych w formularzu. **Co w przypadku, gdy nie zgodzę się z decyzją co do informacji podanych w formularzu?** Powinien Pan(i) porozmawiać ze swoją organizacją sponsorującą.

7. Kogo powinienem zaliczyć do członków gospodarstwa domowego? Należy włączyć wszystkie osoby mieszkające w Pana(-i) gospodarstwie domowym (takie jak dziadkowie, inni krewni lub przyjaciele, którzy z Panem(-ią) mieszkają), dzielące się dochodami i wydatkami. Należy włączyć siebie i wszystkie dzieci, które z Panem(-ią) mieszkają.

8. W jaki sposób należy zgłaszać informacje o dochodzie i zmiany w statusie zatrudnienia? Deklarowany dochód musi być całkowitym dochodem brutto uzyskanym w ostatnim miesiącu i należy go przedstawić według źródła dla każdego członka gospodarstwa domowego. Jeśli dochód z ostatniego miesiąca nie odzwierciedla dokładnie Pana(-i) zwykłej sytuacji finansowej, można podać prognozę dochodu miesięcznego. Jeśli nie nastąpiła żadna znacząca zmiana, jako podstawę do utworzenia takiej prognozy można wykorzystać dochody z zeszłego miesiąca. Jeśli dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego wynosi tyle samo lub mniej niż sumy wskazane w dołączonej Tabeli dochodów dla gospodarstwa domowego wielkości Pana(-i) gospodarstwa domowego, otrzyma Pan(i) większy zwrot kosztów. Po przyznaniu uprawnień do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub w obniżonej cenie, bez względu na to czy na podstawie dochodów, czy po przedstawieniu dowodu korzystania ze świadczeń w postaci aktualnego numeru sprawy SNAP (wcześniej znanego jako Food Stamp – pol. Program Talonów Żywnościowych), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) lub Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), uprawnienia do świadczeń będą obowiązywać przez okres nieprzekraczający 12 miesięcy. Należy nas jednak poinformować, jeśli Pan(i) lub inna osoba w gospodarstwie domowym straci pracę, a utrata dochodu w trakcie okresu bezrobocia spowoduje, że dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego będzie mieścił się w normach określonych dla uprawnień.

9. Czy mogę wypełnić formularz jeśli ktoś w moim gospodarstwie domowym nie ma obywatelstwa USA? Tak. Pan(i) lub Pana(-i) dzieci nie muszą być obywatelami USA.

10. Co w przypadku, gdy mam przybrane dzieci? Przybrane dzieci kwalifikują się do otrzymywania bezpłatnych posiłków bez względu na ich własny dochód lub dochód gospodarstwa domowego, w którym mieszkają. Gospodarstwa domowe, które chcą ubiegać się o takie świadczenia dla przybranych dzieci powinny skontaktować się z **[name, address, phone number].** Ponadto przybrane dzieci mogą być włączone jako członkowie gospodarstwa domowego przy określaniu uprawnień pozostałych dzieci w gospodarstwie domowym do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub w obniżonej cenie.

11. Należymy do służb wojskowych. Czy włączamy nasz dodatek mieszkaniowy do dochodu? Jeśli Pana(-i) mieszkanie jest częścią inicjatywy Military Housing Privatization Initiative i otrzymuje Pan(i) dodatek do zasiłku rodzinnego, proszę nie włączać tych dodatków do dochodu. W przypadku rozlokowanych członków służb wojskowych, jako dochód będzie traktowana tylko ta część ich dochodu, którą udostępnili sami lub w ich imieniu została udostępniona gospodarstwu domowemu. Dodatek bojowy, w tym Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) (pol. dodatek motywacyjny za przedłużenie przydziału) również nie jest włączany do dochodu i nie będzie liczony jako dochód gospodarstwa domowego. Wszystkie inne dodatki muszą być włączone do dochodu brutto.

Podczas zarządzania programami CACFP nikt nie będzie dyskryminowany ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność.

Jeśli ma Pan(i) inne pytania lub potrzebuje pomocy, proszę zadzwonić pod numer **[phone number].**

Z poważaniem,

[signature]

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁANIANIA FORMULARZA CACFP DOTYCZĄCEGO DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW (Opieka nad dziećmi)

Jeśli Pana(-i) gospodarstwo domowe korzysta z SNAP, TANF lub FDPIR, proszę postępować zgodnie z następującymi instrukcjami:

Część 1: Proszę wymienić wszystkie zarejestrowane dzieci i członków gospodarstwa domowego.
Część 2: Proszę podać numer sprawy dla każdego członka gospodarstwa domowego (w tym osób dorosłych) otrzymującego świadczenia z [State SNAP] lub [State TANF] lub [FDPIR].
Część 3: Proszę pominąć tę część.
Część 4: Proszę pominąć tę część.
Część 5: Proszę podpisać formularz. Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego **nie** są konieczne.
Część 6: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

Jeśli składa Pan(i) wniosek w imieniu DZIECKA PRZYBRANEGO, proszę postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami:

Jeśli **wszystkie** dzieci, dla których składa Pan(i) wniosek, są dziećmi przybranymi lub jeśli składa Pan(i) wniosek o świadczenia tylko dla dziecka przybranego:

Część 1: Proszę wymienić wszystkie przybrane dzieci**.** Proszę zaznaczyć pole wskazujące, że jest to dziecko przybrane.
Część 2: Proszę pominąć tę część.
Część 3: Proszę pominąć tę część.
Część 4: Proszę pominąć tę część.
Część 5: Proszę podpisać formularz. Numer ubezpieczenia społecznego **nie** jest konieczny.
Część 6: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

Jeśli część dzieci w gospodarstwie domowym stanowią dzieci przybrane.

Część 1: Proszę wymienić wszystkie zarejestrowane dzieci i członków gospodarstwa domowego. Dla każdej osoby, łącznie z dziećmi, która nie posiada dochodu, należy zaznaczyć rubrykę „Brak dochodu". Proszę zaznaczyć tę rubrykę, jeśli jest to dziecko przybrane.
Część 2: Proszę pominąć tę część, jeśli gospodarstwo domowe nie posiada numeru sprawy.
Część 3: Jeśli dziecko, w którego imieniu składa Pan(i) wniosek, jest bezdomne, emigrantem lub uchodźcą, proszę zaznaczyć odpowiednią rubrykę i zadzwonić do [your school, homeless liaison, migrant coordinator]. Jeśli nie, proszę pominąć tę część.
Część 4: Proszę postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami, aby podać całkowity dochód gospodarstwa domowego z tego lub z ostatniego miesiąca.

Kolumna A – Imię i nazwisko: Proszę wymienić imię i nazwisko **każdej** osoby mieszkającej w Pana(-i) gospodarstwie domowym, która dzieli się dochodami i wydatkami, bez względu na to czy jest spokrewniona, czy nie (np. dziadkowie, inni krewni lub przyjaciele mieszkający z Panem(-ią)). Należy włączyć siebie i wszystkie dzieci mieszkające z Panem(-ią). W razie potrzeby proszę dołączyć dodatkową kartkę.

Rubryka B – Dochód brutto i jak często był otrzymywany: Dla każdego członka gospodarstwa domowego, proszę podać rodzaj dochodu otrzymanego za dany miesiąc. Należy określić jak często osoba otrzymywała te pieniądze – tygodniowo, co drugi tydzień, dwa razy w miesiącu lub miesięcznie.

Rubryka 1: Proszę podać **dochód brutto,** a nie kwotę otrzymywaną na rękę. Dochód brutto to zarobiona kwota, przed opodatkowaniem i innymi potrąceniami. Kwota ta powinna być wymieniona na odcinku wypłaty, lub może ją podać Pana(-i) szef.
Rubryka 2: Proszę podać kwotę, jaką każda osoba uzyskała za ten miesiąc w formie pomocy społecznej, dodatków na dzieci, alimentów.
Rubryka 3: Proszę wymienić emeryturę, ubezpieczenie społeczne, dodatkową zapomogę rządową (SSI), świadczenia weteranów (VA) lub świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.
Rubryka 4: Proszę wymienić WSZYSTKIE POZOSTAŁE ŹRÓDŁA DOCHODÓW, w tym odszkodowania pracownicze, zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenia strajkowe, regularny wkład finansowy od osób, które nie mieszkają w Pana(-i) gospodarstwie domowym i wszystkie pozostałe dochody. W przypadku osób TYLKO samozatrudnionych, w Rubryce 1 proszę podać dochód po odliczeniu wydatków. Rubryka 4 przeznaczona jest tylko dla działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub nieruchomości na wynajem. Proszę nie włączać dochodu ze SNAP, FDPIR, WIC lub federalnych świadczeń na cele edukacyjne. Jeśli bierze Pan(i) udział w Military Privatized Housing Initiative (pol. inicjatywie prywatyzacji mieszkań wojskowych) lub otrzymuje dodatek bojowy, proszę nie włączać tego dodatku mieszkaniowego do dochodu.

Część 5: Dorosły członek gospodarstwa domowego musi podpisać formularz i wpisać cztery ostatnie cyfry swojego numeru ubezpieczenia społecznego lub zaznaczyć odpowiednią rubrykę, jeśli takiego nie posiada.

Część 6: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁANIANIA FORMULARZA CACFP DOTYCZĄCEGO DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW (Opieka nad dziećmi)

WSZYSTKIE POZOSTAŁE GOSPODARSTWA DOMOWE, łącznie z gospodarstwami uczestniczącymi w programie WIC, proszę postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami:

Część 1: Proszę wymienić wszystkie zarejestrowane dzieci i członków gospodarstwa domowego. Dla każdej osoby, łącznie z dziećmi, która nie posiada dochodu, należy zaznaczyć rubrykę „Brak dochodu".

Część 2: Proszę pominąć tę część.

Część 3: Proszę pominąć tę część.

Część 4: Proszę postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami, aby podać całkowity dochód gospodarstwa domowego z tego lub z ostatniego miesiąca.

Kolumna A – Imię i nazwisko: Proszę wymienić imię i nazwisko **każdej** osoby mieszkającej w Pana(-i) gospodarstwie domowym, która dzieli się dochodami i wydatkami, bez względu na to czy jest spokrewniona, czy nie (np. dziadkowie, inni krewni lub przyjaciele mieszkający z Panem(-ią)). Należy włączyć siebie i wszystkie dzieci mieszkające z Panem(-ią). W razie potrzeby proszę dołączyć dodatkową kartkę.

Rubryka B – Dochód brutto i jak często był otrzymywany: Dla każdego członka gospodarstwa domowego, proszę podać rodzaj dochodu otrzymanego za dany miesiąc. Należy określić jak często osoba otrzymywała te pieniądze – tygodniowo, co drugi tydzień, dwa razy w miesiącu lub miesięcznie.

Rubryka 1: Proszę podać **dochód brutto,** a nie kwotę otrzymywaną na rękę. Dochód brutto to zarobiona kwota, przed opodatkowaniem i innymi potrąceniami. Kwota ta powinna być wymieniona na odcinku wypłaty, lub może ją podać Pana(-i) szef.
Rubryka 2: Proszę podać kwotę, jaką każda osoba uzyskała za ten miesiąc w formie pomocy społecznej, dodatków na dzieci, alimentów.
Rubryka 3: Proszę wymienić emeryturę, ubezpieczenie społeczne, dodatkową zapomogę rządową (SSI), świadczenia weteranów (VA) lub świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.
Rubryka 4: Proszę wymienić WSZYSTKIE POZOSTAŁE ŹRÓDŁA DOCHODÓW, w tym odszkodowania pracownicze, zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenia strajkowe, regularny wkład finansowy od osób, które nie mieszkają w Pana(-i) gospodarstwie domowym i wszystkie pozostałe dochody. W przypadku osób TYLKO samozatrudnionych, w Rubryce 1 proszę podać dochód po odliczeniu wydatków. Rubryka 4 przeznaczona jest tylko dla działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub nieruchomości na wynajem. Proszę nie włączać dochodu ze SNAP, FDPIR, WIC lub federalnych świadczeń na cele edukacyjne. Jeśli bierze Pan(i) udział w Military Privatized Housing Initiative (pol. inicjatywie prywatyzacji mieszkań wojskowych) lub otrzymuje dodatek bojowy, proszę nie włączać tego dodatku mieszkaniowego do dochodu.

Część 5: Dorosły członek gospodarstwa domowego musi podpisać formularz i wpisać cztery ostatnie cyfry swojego numeru ubezpieczenia społecznego lub zaznaczyć odpowiednią rubrykę, jeśli takiego nie posiada.

Część 6: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

Wyjaśnia ono w jaki sposób będziemy wykorzystywali informacje, które nam Pan(i) podaje.

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a).

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁANIANIA FORMULARZA CACFP DOTYCZĄCEGO DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW (Opieka nad dorosłymi)

Jeśli Pana(-i) gospodarstwo domowe korzysta ze SNAP, FDPIR, SSI lub Medicaid, proszę postępować zgodnie z następującymi instrukcjami:

Część 1: Proszę podać imiona i nazwiska tylko dorosłych uczestników.
Część 2: Proszę podać numer sprawy dla każdego członka gospodarstwa domowego otrzymującego świadczenia ze [State SNAP] lub [FDPIR] lub [SSI] lub [Medicaid].
Część 3: Proszę pominąć tę część.
Część 4: Proszę podpisać formularz. Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego **nie** są konieczne.
Część 5: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

WSZYSTKIE POZOSTAŁE GOSPODARSTWA DOMOWE, proszę postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami:

Część 1: Proszę podać imiona i nazwiska tylko dorosłych uczestników. Dla każdego uczestnika nie uzyskującego dochodu, należy zaznaczyć okienko „Brak dochodu”.

Część 2: Proszę pominąć tę część.

Część 3: Proszę postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami, aby podać całkowity dochód gospodarstwa domowego z tego lub z ostatniego miesiąca.

Kolumna A – Imię i nazwisko: Należy podać imię i nazwisko dorosłego uczestnika programu, jej/jego małżonka(-ę) i osoby pozostające na jego/jej utrzymaniu, które mieszkają w Pana(-i) gospodarstwie domowym i dzielą się dochodami i wydatkami.

Rubryka B – Dochód brutto i jak często był otrzymywany: Dla każdego **członka gospodarstwa domowego, który jest uczestnikiem, jego/jej małżonka(-i) lub osób pozostających na jego/jej utrzymaniu**, proszę podać rodzaj dochodu otrzymanego za dany miesiąc. Należy określić jak często osoba otrzymywała te pieniądze – tygodniowo, co drugi tydzień, dwa razy w miesiącu lub miesięcznie.

Rubryka 1: Proszę podać **dochód brutto,** a nie kwotę otrzymywaną na rękę. Dochód brutto to zarobiona kwota, przed opodatkowaniem i innymi potrąceniami. Kwota ta powinna być wymieniona na odcinku wypłaty, lub może ją podać Pana(-i) szef.
Rubryka 2: Proszę podać kwotę, jaką każda osoba uzyskała za ten miesiąc w formie pomocy społecznej, dodatków na dzieci, alimentów.
Rubryka 3: Proszę wymienić emeryturę, ubezpieczenie społeczne, świadczenia weteranów (VA), świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.
Rubryka 4: Proszę wymienić WSZYSTKIE POZOSTAŁE ŹRÓDŁA DOCHODÓW, w tym odszkodowania pracownicze, zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenia strajkowe, regularny wkład finansowy od osób, które nie mieszkają w Pana(-i) gospodarstwie domowym i wszystkie pozostałe dochody. W przypadku osób TYLKO samozatrudnionych, w Rubryce 1 proszę podać dochód po odliczeniu wydatków. Rubryka 4 przeznaczona jest tylko dla działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub nieruchomości na wynajem. Proszę nie włączać dochodu ze SNAP, FDPIR, WIC lub federalnych świadczeń na cele edukacyjne. Jeśli bierze Pan(i) udział w Military Privatized Housing Initiative (pol. inicjatywie prywatyzacji mieszkań wojskowych) lub otrzymuje dodatek bojowy, proszę nie włączać tego dodatku mieszkaniowego do dochodu.

Część 4: Dorosły członek gospodarstwa domowego musi podpisać formularz i wpisać cztery ostatnie cyfry swojego numeru ubezpieczenia społecznego lub zaznaczyć odpowiednią rubrykę, jeśli takiego nie posiada.

Część 5: Jeśli chce Pan(i), proszę odpowiedzieć na to pytanie.

Wyjaśnia ono w jaki sposób będziemy wykorzystywali informacje, które nam Pan(i) podaje.

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a).

FORMULARZ DOTYCZĄCY DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW (Opieka nad dziećmi)

Część 1. Wszyscy członkowie gospodarstwa domowego

Imię i nazwisko zarejestrowanego dziecka(-i):

Imiona i nazwiska wszystkich członków gospodarstwa domowego (pierwsze imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)	ZAZNACZYĆ W PRZYPADKU DZIECKA PRZYBRANEGO (ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA AGENCJI OPIEKI SPOŁECZNEJ LUB SĄDU) * JEŚLI WSZYSTKIE WYMIENIONE PONIŻEJ DZIECI SĄ DZIEĆMI PRZYBRANYMI, PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 5, ABY PODPISAĆ FORMULARZ.	ZAZNACZYĆ JEŚLI BRAK DOCHODU
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑

Część 2. Świadczenia: Jeśli członek gospodarstwa domowego korzystał ze świadczeń , lub , proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer sprawy dla osoby, która otrzymuje świadczenia. **Jeśli nikt nie korzysta z tych świadczeń, proszę przejść do części 3.**

IMIĘ I NAZWISKO:_____ NUMER SPRAWY: _____

Część 3. Jeśli dziecko, w którego imieniu składa Pan(i) wniosek jest bezdomne, emigrantem lub uchodźcą, proszę zaznaczyć odpowiednią rubrykę i zadzwonić do

Bezdomny ❑ Emigrant ❑ Uchodźca ❑

Część 4. Łączny rodzinny dochód brutto- Należy podać w jakiej wysokości i jak często

A. Imię i nazwisko (Proszę wymienić **tylko** tych członków gospodarstwa domowego, którzy osiągają dochód)	**B. Dochód brutto i jak często był otrzymywany**			
	1. Zarobki z pracy przed potrąceniami	2. Zasiłek społeczny, zapomoga na dziecko, alimenty	3. Emerytura, ubezpieczenie społeczne, świadczenia SSI, VA	4. Wszystkie pozostałe dochody
(Przykład)Jane Smith	200 USD/tygodniowo__	150 USD/dwa razy w miesiącu	100 USD/miesięcznie____	_____ USD/_____
	USD/	USD/	USD/	USD/
	USD/	USD/	USD/	USD/
	USD/	USD/	USD/	USD/
	USD/	USD/	USD/	USD/
	USD/	USD/	USD/	USD/

Część 5. Podpis i cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego (podpisać muszą się osoby dorosłe)

Każdy dorosły członek gospodarstwa domowego musi podpisać formularz. **Jeśli wypełniona jest Część 3, osoba dorosła podpisująca formularz musi również wpisać cztery ostatnie cyfry swojego numeru ubezpieczenia społecznego lub zaznaczyć rubrykę „Nie mam numeru ubezpieczenia społecznego”.** (Zapoznaj się z oświadczeniem na odwrocie.)

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w tym formularzu są prawdziwe i że podałem(-am) wszystkie dochody. Rozumiem, że ośrodek lub dom opieki dziennej otrzyma fundusze federalne w oparciu o informacje, które podaję. Rozumiem, że przedstawiciele CACFP mogą weryfikować podane informacje. Jestem świadomy(-a), że w przypadku celowego podania fałszywych informacji, uczestnik otrzymujący posiłki może utracić świadczenia związane z posiłkami, a ja mogę zostać pozwany do sądu.

Miejsce na podpis: _____ Nazwisko i imię (drukowanymi literami):_____

Data: _____

Adres: _____ Numer telefonu: _____

Miejscowość:_____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ Nie mam numeru ubezpieczenia społecznego

FORMULARZ DOTYCZĄCY DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW (Opieka nad dziećmi)

Część 6. Tożsamość rasowa i etniczna uczestnika (opcjonalne)

Zaznacz jedną tożsamość etniczną:	Zaznacz jedną lub więcej tożsamości rasowych:	
❑ Osoba pochodzenia hiszpańskiego lub latynoskiego	❑ Azjata	❑ Indianin amerykański lub rodowity Alaskańczyk
❑ Osoba pochodzenia innego niż hiszpańskie lub latynoskie	❑ Biały	❑ Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku
	❑ Czarny lub Afroamerykanin	

Proszę nie wypełniać tej części. Tylko do wykorzystania przez urząd.

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:_____

Osoba korzystająca z placówki dziennej opieki mogą kwalifikować się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie, jeśli dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego mieści się w granicach podanych w powyższej tabeli.

Wielkość gospodarstwa domowego	Roczny
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Każda dodatkowa osoba:	

Informacje potrzebne do tego wniosku są wymagane na podstawie ustawy Richard B. Russell National School Lunch Act. Nie musi Pan(i) podawać tych informacji, jeśli jednak nie zrobi Pan(i) tego, nie będziemy mogli przyznać uczestnikowi posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie. Należy podać cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego dorosłego członka gospodarstwa domowego, który podpisuje się pod tym wnioskiem. Numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany w sytuacji, gdy składa Pan(i) wniosek w imieniu dziecka przybranego lub jeśli poda Pan(i) numer sprawy dotyczącej Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program lub Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) lub jeśli wskaże Pan(i), że dorosły członek gospodarstwa domowego podpisujący wniosek, nie ma Social Security Number (numeru ubezpieczenia społecznego). Podane informacje zostaną wykorzystane do podjęcia decyzji, czy uczestnik kwalifikuje się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie oraz do celów zarządzania i wprowadzania Programu.

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić pod bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse."

FORMULARZ DOTYCZĄCY DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW (Opieka nad dorosłymi)

Część 1. Wszyscy członkowie gospodarstwa domowego

Imię i nazwisko zarejestrowanej osoby dorosłej (osób dorosłych):

Imiona i nazwiska dorosłych członków (pierwsze imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko)	ZAZNACZYĆ JEŚLI BRAK DOCHODU
	❑
	❑
	❑

Część 2. Świadczenia: Jeśli członek gospodarstwa domowego korzystał ze świadczeń , , lub , proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer sprawy dla osoby, która otrzymuje świadczenia. **Jeśli nikt nie korzysta z tych świadczeń, proszę przejść do części 3.**

IMIĘ I NAZWISKO:_____ NUMER SPRAWY: _____

Część 3. Łączny rodzinny dochód brutto- Musisz nam podać w jakiej wysokości i jak często

A. Imię i nazwisko (Proszę wymienić **tylko** uczestnika(-ów), małżonka(-ę) i dzieci na utrzymaniu uczestnika(-ów))	**B. Dochód brutto i jak często był otrzymywany**			
	1. Zarobki z pracy przed potrąceniami	2. Zasiłek społeczny, zapomoga na dziecko, alimenty	3. Emerytura, ubezpieczenie społeczne, świadczenia SSI, VA	4. Wszystkie pozostałe dochody
(Przykład)Jane Smith	200 USD/tygodniowo__	150 USD/dwa razy w miesiącu	100 USD/miesięcznie____	_____ USD/_____
	USD/	USD/	USD/	USD/
	USD/	USD/	USD/	USD/
	USD/	USD/	USD/	USD/
	USD/	USD/	USD/	USD/

Część 4. Podpis i cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego

Każdy dorosły członek gospodarstwa domowego musi podpisać formularz. **Jeśli wypełniona jest Część 3, osoba dorosła podpisująca formularz musi również wpisać cztery ostatnie cyfry swojego numeru ubezpieczenia społecznego lub zaznaczyć rubrykę „Nie mam numeru ubezpieczenia społecznego".** (Zapoznaj się z oświadczeniem na odwrocie.)

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w tym formularzu są prawdziwe i że podałem(-am) wszystkie dochody. Rozumiem, że ośrodek lub dom opieki dziennej otrzyma fundusze federalne w oparciu o informacje, które podaję. Rozumiem, że przedstawiciele CACFP mogą weryfikować podane informacje. Jestem świadomy(-a), że w przypadku celowego podania fałszywych informacji, uczestnik otrzymujący posiłki może utracić świadczenia związane z posiłkami, a ja mogę zostać pozwany do sądu.

Miejsce na podpis: _____ Nazwisko i imię (drukowanymi literami): _____

Data: _____

Adres:_____ Numer telefonu:_____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ Nie mam numeru ubezpieczenia społecznego

Część 5. Tożsamość rasowa i etniczna uczestnika (opcjonalne)

Zaznacz jedną tożsamość etniczną:	Zaznacz jedną lub więcej tożsamości rasowych:	
❑ Osoba pochodzenia hiszpańskiego lub latynoskiego	❑ Azjata	❑ Indianin amerykański lub rodowity Alaskańczyk
❑ Osoba pochodzenia innego niż hiszpańskie lub latynoskie	❑ Biały	❑ Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku
	❑ Czarny lub Afroamerykanin	

FORMULARZ DOTYCZĄCY DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW (Opieka nad dorosłymi)

Proszę nie wypełniać tej części. Tylko do wykorzystania przez urząd.

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:_____

Osoba korzystająca z placówki dziennej opieki mogą kwalifikować się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie, jeśli dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego mieści się w granicach podanych w powyższej tabeli.

Wielkość gospodarstwa domowego	Roczny
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Każda dodatkowa osoba:	

Informacje potrzebne do tego wniosku są wymagane na podstawie ustawy Richard B. Russell National School Lunch Act. Nie musi Pan(i) podawać tych informacji, jeśli jednak nie zrobi Pan(i) tego, nie będziemy mogli przyznać uczestnikowi posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie. Należy podać cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego dorosłego członka gospodarstwa domowego, który podpisuje się pod tym wnioskiem. Numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany w sytuacji, gdy wymieni Pan(i) dla uczestnika numer sprawy dotyczącej Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program lub Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) lub inny identyfikator (FDPIR) lub jeśli wskaże Pan(i), że dorosły członek gospodarstwa domowego podpisujący wniosek, nie ma Numeru ubezpieczenia społecznego. Podane informacje zostaną wykorzystane do podjęcia decyzji, czy uczestnik kwalifikuje się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie oraz do celów zarządzania i wprowadzania Programu.

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić pod bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse."

Musi wysłać Pan(i) potrzebne nam informacje lub skontaktować się z [name] do dnia [date], w przeciwnym razie Pana(-i) ośrodek przestanie otrzymywać zwrot kosztów za posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie, serwowane dziecku(dzieciom).

Ośrodek / Organizacja sponsorująca: **[Name]**

[Date]

Szanowny **[Name]**:

Sprawdzamy Pana(-i) Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków CACFP. Musimy to zrobić, aby mieć pewność, że CACFP przyznaje świadczenia tylko osobom uprawnionym. Proszę przesłać nam informacje potwierdzające, że **[name(s) of participant(s)]** jest/są uprawniony(-a)/uprawnieni do programu.

Jeśli jest to możliwe, proszę wysłać kopie, nie oryginały. Jeśli jednak wyśle Pan(i) oryginały, zostaną one Panu(-i) odesłane tylko w sytuacji, gdy zażąda Pan(i) tego. Proszę nie wysyłać swojej karty EBT card ani innej karty uprawniającej do świadczeń, która będzie Panu(-i) potrzebna.

1. Jeśli w chwili, gdy składał(a) Pan(i) wniosek o posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie, lub w dowolnym momencie od tego czasu, otrzymywał(a) Pan(i) SNAP, TANF lub FDPIR, proszę wysłać nam kopię jednego z poniższych dokumentów:

- Zawiadomienie o przyznaniu SNAP, TANF lub FDPIR , które zawiera datę przyznania.
- Pismo z SNAP lub opieki społecznej, informujące, że został(a) Pan(i) zakwalifikowany(-a) do otrzymywania SNAP lub TANF

2. Jeśli otrzyma(a) Pan(i) takie pismo dla dziecka przybranego:

Proszę dostarczyć imię i nazwisko oraz informacje kontaktowe do osoby w agencji lub sądzie, która będzie w stanie potwierdzić, że odpowiedzialność prawną za dziecko ponosi agencja lub sąd.

3. Jeśli nie otrzymuje Pan(i) SNAP, TANF lub FDPIR: Proszę wysłać tę stronę razem z dokumentami, które pokazują sumę pieniędzy jaką otrzymuje Pana(-i) rodzina z każdego źródła dochodu. W wysyłanych dokumentach muszą znaleźć się **imię i nazwisko** osoby, która uzyskała dochód, **data** uzyskania dochodu, **wysokość** dochodu oraz **jak często uzyskiwany był dochód. Informacje należy wysłać na adres: [address].**

Do akceptowanych dokumentów należą:

Praca: Odcinek wypłaty lub koperta, w której otrzymuje Pan(i) wypłatę, które pokazują sumę wypłaty i jak często ją Pan(i) otrzymuje; pismo od pracodawcy podające wynagrodzenie brutto i jak często jest wypłacane; dokumenty świadczące o własnej działalności lub gospodarstwie rolnym, takie jak główna księga rachunkowa lub zeznania podatkowe.
Ubezpieczenie społeczne, emerytura: Pismo o świadczeniach emerytalnych z ubezpieczenia społecznego, zaświadczenie o otrzymywanych świadczeniach lub zawiadomienie o przyznaniu emerytury.
Rekompensaty z tytułu bezrobocia, niezdolności do pracy lub odszkodowania pracownicze: Zawiadomienie o kwalifikowalności od stanowego urzędnika ds. bezpieczeństwa zatrudnienia, odcinek czeku, lub pismo od Funduszu odszkodowań pracowniczych.
Wypłaty z tytułu pomocy społecznej: Pismo o świadczeniach od agencji pomocy społecznej.
Zapomoga na dziecko lub alimenty: Wyrok sądowy, umowa lub kopie otrzymywanych czeków.
Pozostałe dochody (takie jak dochód z tytułu wynajmu): Informacje przedstawiające sumę otrzymywanego dochodu, jak często jest otrzymywany i datę otrzymania.
Brak dochodu: Krótka notatka informująca w jaki sposób zapewnia Pan(i) rodzinie pożywienie, ubrania i mieszkanie i kiedy spodziewa się Pan(i) jakiegoś dochodu.

Inicjatywa prywatyzacji mieszkań wojskowych: Pismo lub umowa o wynajmie, poświadczające, że Pana(-i) mieszkanie jest częścią Inicjatywy prywatyzacji mieszkań wojskowych.

Ramy czasowe dla akceptowanych dokumentów o dochodzie: Dokumenty wykazujące dochód należy przedłożyć w chwili składania wniosku o świadczenia. Jeśli nie ma Pan(i) takich informacji, można przedłożyć dokumenty w czasie pomiędzy złożeniem Formularza dotyczącego dochodu kwalifikującego do otrzymywania posiłków CACFP a jego weryfikacją.

Jeśli ma Pan(i) pytania lub potrzebuje pomocy, proszę zadzwonić do **[name]** pod numer **[phone number]**.

Z poważaniem,

[signature]

Informacje potrzebne do tego formularza są wymagane na podstawie ustawy Richard B. Russell National School Lunch Act. Nie musi Pan(i) podawać tych informacji, jeśli jednak nie zrobi Pan(i) tego, nie będziemy mogli przyznać uczestnikowi posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie. Należy podać cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego wszystkich dorosłych członków gospodarstwa domowego, w tym uczestników ośrodka opieki nad dziećmi. Numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany w sytuacji, gdy składa Pan(i) wniosek w imieniu dziecka przybranego lub jeśli poda Pan(i) numer sprawy dotyczącej Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program lub Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) lub inny identyfikator FDPIR dla uczestnika otrzymującego świadczenia związane z posiłkami lub jeśli wskaże Pan(i), że dorosły członek gospodarstwa domowego podpisujący wniosek, nie ma numeru ubezpieczenia społecznego. Podane informacje zostaną wykorzystane do podjęcia decyzji, czy uczestnik kwalifikuje się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie oraz do celów zarządzania i wprowadzania Programu CACFP.

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić pod bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse.”

Musi wysłać Pan(i) potrzebne nam informacje lub skontaktować się z [name] do dnia [date], w przeciwnym razie nasz ośrodek przestanie otrzymywać zwrot kosztów za posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie, serwowane dorosłym uczestnikom.

Ośrodek / Organizacja sponsorująca: **[Name]**

[Date]

Szanowny **[Name]**:

Sprawdzamy Pana(-i) Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków CACFP. Musimy to zrobić, aby mieć pewność, że CACFP przyznaje świadczenia tylko osobom uprawnionym. Proszę przesłać nam informacje potwierdzające, że **[name(s) of participant(s)]** jest/są uprawniony(-a)/uprawnieni do programu.

Jeśli jest to możliwe, proszę wysłać kopie, nie oryginały. Jeśli jednak wyśle Pan(i) oryginały, zostaną one Panu(-i) odesłane tylko w sytuacji, gdy zażąda Pan(i) tego. Proszę nie wysyłać swojej karty EBT card ani innej kart uprawniającej do świadczeń, która będzie Panu(-i) potrzebna.

1. Jeśli w chwili, gdy składał(a) Pan(i) wniosek o posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie, lub w dowolnym momencie od tego czasu, otrzymywał(a) Pan(i) SNAP, FDPIR, SSI lub Medicaid proszę wysłać nam kopię jednego z poniższych dokumentów:

- Zawiadomienie o przyznaniu SNAP, FDPIR, SSI lub Medicaid, które zawiera datę przyznania.
- Pismo od SNAP stwierdzające, że został(a) Pan(i) zakwalifikowany(-a) do korzystania ze świadczeń SNAP.

2. Jeśli nie otrzymuje Pan(i) SNAP, FDPIR, SSI lub Medicaid: Proszę wysłać tę stronę razem z dokumentami, które pokazują sumę pieniędzy jaką otrzymuje Pana(-i) rodzina z każdego źródła dochodu. W wysyłanych dokumentach muszą znaleźć się **imię i nazwisko** osoby, która uzyskała dochód, **data** uzyskania dochodu, **wysokość** dochodu oraz **jak często uzyskiwany był dochód. Informacje należy wysłać na adres: [address].**

Do akceptowanych dokumentów należą:

Praca: Odcinek wypłaty lub koperta, w której otrzymuje Pan(i) wypłatę, które pokazują sumę wypłaty i jak często ją Pan(i) otrzymuje; pismo od pracodawcy podające wynagrodzenie brutto i jak często jest wypłacane; dokumenty świadczące o własnej działalności lub gospodarstwie rolnym, takie jak główna księga rachunkowa lub zeznania podatkowe.
Ubezpieczenie społeczne, emerytura: Pismo o świadczeniach emerytalnych z ubezpieczenia społecznego, zaświadczenie o otrzymywanych świadczeniach lub zawiadomienie o przyznaniu emerytury.
Rekompensaty z tytułu bezrobocia, niezdolności do pracy lub odszkodowania pracownicze: Zawiadomienie o kwalifikowalności od stanowego urzędnika ds. bezpieczeństwa zatrudnienia, odcinek czeku, lub pismo od Funduszu odszkodowań pracowniczych.
Wypłaty z tytułu pomocy społecznej: Pismo o świadczeniach od agencji pomocy społecznej.
Zapomoga na dziecko lub alimenty: Wyrok sądowy, umowa lub kopie otrzymywanych czeków.
Pozostałe dochody (takie jak dochód z tytułu wynajmu): Informacje przedstawiające sumę otrzymywanego dochodu, jak często jest otrzymywany i datę otrzymania.
Brak dochodu: Krótka notatka informująca w jaki sposób zapewnia Pan(i) rodzinie pożywienie, ubrania i mieszkanie i kiedy spodziewa się Pan(i) jakiegoś dochodu.
Pozostałe dochody (takie jak dochód z tytułu wynajmu): Informacje przedstawiające sumę otrzymywanego dochodu, jak często jest otrzymywany i datę otrzymania.
Inicjatywa prywatyzacji mieszkań wojskowych: Pismo lub umowa o wynajmie, poświadczające, że Pana(-i) mieszkanie jest częścią Inicjatywy prywatyzacji mieszkań wojskowych.

Ramy czasowe dla akceptowanych dokumentów o dochodzie: Dokumenty wykazujące dochód należy przedłożyć w chwili składania wniosku o świadczenia. Jeśli nie ma Pan(i) takich informacji, można przedłożyć dokumenty w czasie pomiędzy złożeniem Formularza dotyczącego dochodu kwalifikującego do otrzymywania posiłków CACFP a jego weryfikacją.

Jeśli ma Pan(i) pytania lub potrzebuje pomocy, proszę zadzwonić do **[name]** pod numer **[phone number]**.

Z poważaniem,

[signature]

Informacje potrzebne do tego formularza są wymagane na podstawie ustawy Richard B. Russell National School Lunch Act. Nie musi Pan(i) podawać tych informacji, jeśli jednak nie zrobi Pan(i) tego, nie będziemy mogli przyznać uczestnikowi posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie. Należy podać cztery ostatnie cyfry numeru ubezpieczenia społecznego wszystkich dorosłych członków gospodarstwa domowego, w tym uczestników ośrodka opieki dziennej nad osobami dorosłymi. Numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany w sytuacji, gdy wymieni Pan(i) dla uczestnika korzystającego z posiłków numer sprawy dotyczącej Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) lub inny identyfikator (FDPIR), numer sprawy SSI lub Medicaid lub jeśli wskaże Pan(i), że dorosły członek gospodarstwa domowego podpisujący wniosek, nie ma Numeru ubezpieczenia społecznego. Podane informacje zostaną wykorzystane do podjęcia decyzji, czy uczestnik kwalifikuje się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie oraz do celów zarządzania i wprowadzania Programu CACFP.

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić pod bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse.”

SPRAWDZILIŚMY PANA(-I) FORMULARZ DOTYCZĄCY DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW CACFP (Opieka nad dzieckiem)

Ośrodek / Organizacja sponsorująca: **[Name]**

[Date:]

Szanowny **[Name]**:

Sprawdziliśmy informacje, które nam Pan(i) wysłał(a), aby potwierdzić, że **[name(s) of child(ren)]** kwalifikuje(-ą) się do otrzymywania w naszej placówce posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie i zdecydowaliśmy, że:

- ❑ Uprawnienia uczestnika nie uległy zmianie.
- ❑ Zaczynając od dnia **[date]**, uprawnienia uczestnika do posiłków zostaną zmienione **z uprawnień upoważniających ich do posiłków po obniżonej cenie na uprawnienia do posiłków bezpłatnych,** ponieważ zweryfikowany dochód mieści się w granicach uprawniających do posiłków bezpłatnych. Uczestnik będzie otrzymywał posiłki bez ponoszenia żadnych kosztów.
- ❑ Zaczynając od dnia **[date]**, uprawnienia uczestnika do posiłków zostaną zmienione **z uprawnień upoważniających do posiłków bezpłatnych na uprawnienia do posiłków po obniżonej cenie,** ponieważ zweryfikowany dochód przekracza limit.
- ❑ Zaczynając od dnia **[date]**, **uczestnik nie będzie już uprawniony** do posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie, z następującego/ych powodu/ów:

  ___ Dokumentacja pokazuje, że nie otrzymał(a) Pan(i) SNAP, TANF lub FDPIR.
  ___ Pana(-i) dochód przekracza limit uprawniający do posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie.
  ___ Nie dostarczył(a) Pan(i): _____
  ___ Nie odpowiedział(a) Pan(i) na naszą prośbę.

  Jeśli dochód w Pana(-i) gospodarstwie domowym obniży się lub zwiększy się Pana(-i) gospodarstwo domowe, może Pan(i) wypełnić kolejny Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków CACFP. Jeśli nie dostarczył(a) Pan(i) potwierdzenia obecnej kwalifikowalności, zostanie Pan(i) o to poproszony w chwili ponownego złożenia wniosku.

Jeśli nie zgadza się Pan(i) z tą decyzją, może Pan(i) przedyskutować to z **[name]** pod numerem telefonu **[phone].** Ma Pan(i) również prawo do przesłuchania administracyjnego. Jeśli poprosi Pan(i) o przesłuchanie do **[date],** uczestnik będzie nadal otrzymywał posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie do czasu podjęcia przez urzędnika w czasie przesłuchania.
O przesłuchanie można poprosić dzwoniąc lub pisząc do: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Z poważaniem,

[signature]

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić pod bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą równych szans.

SPRAWDZILIŚMY PANA(-I) FORMULARZ DOTYCZĄCY DOCHODÓW KWALIFIKUJĄCYCH DO OTRZYMYWANIA POSIŁKÓW CACFP (Opieka nad dorosłymi)

Ośrodek / Organizacja sponsorująca: **[Name]**

[Date:]

Szanowny **[Name]**:

Sprawdziliśmy informacje, które nam Pan(i) wysłał(a), aby potwierdzić, że **[name(s) of child(ren)]** kwalifikuje(-ą) się do otrzymywania w naszej placówce posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie i zdecydowaliśmy, że:

- ❑ Uprawnienia uczestnika nie uległy zmianie.
- ❑ Zaczynając od dnia **[date]**, uprawnienia uczestnika do posiłków zostaną zmienione **z uprawnień upoważniających ich do posiłków po obniżonej cenie na uprawnienia do posiłków bezpłatnych,** ponieważ zweryfikowany dochód mieści się w granicach uprawniających do posiłków bezpłatnych. Uczestnik będzie otrzymywał posiłki bez ponoszenia żadnych kosztów.
- ❑ Zaczynając od dnia **[date]**, uprawnienia uczestnika do posiłków zostaną zmienione **z uprawnień upoważniających do posiłków bezpłatnych na uprawnienia do posiłków po obniżonej cenie,** ponieważ zweryfikowany dochód przekracza limit.
- ❑ Zaczynając od dnia **[date]**, **uczestnik nie będzie już uprawniony** do posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie, z następującego/ych powodu/ów:

  ___ Dokumentacja pokazuje, że nie otrzymał(a) Pan(i) SNAP, FDPIR, SSI, lub Medicaid.
  ___ Pana(-i) dochód przekracza limit uprawniający do posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie.
  ___ Nie dostarczył(a) Pan(i): _____
  ___ Nie odpowiedział(a) Pan(i) na naszą prośbę.

  Jeśli dochód w Pana(-i) gospodarstwie domowym obniży się lub zwiększy się Pana(-i) gospodarstwo domowe, może Pan(i) wypełnić kolejny Formularz dotyczący dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków CACFP. Jeśli nie dostarczył(a) Pan(i) potwierdzenia obecnej kwalifikowalności, zostanie Pan(i) o to poproszony w chwili ponownego złożenia wniosku.

Jeśli nie zgadza się Pan(i) z tą decyzją, może Pan(i) przedyskutować to z **[name]** pod numerem telefonu **[phone].** Ma Pan(i) również prawo do przesłuchania administracyjnego. Jeśli poprosi Pan(i) o przesłuchanie do **[date],** uczestnik będzie nadal otrzymywał posiłki bezpłatne lub po obniżonej cenie do czasu podjęcia przez urzędnika w czasie przesłuchania. O przesłuchanie można poprosić dzwoniąc lub pisząc do: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Z poważaniem,

[signature]

Oświadczenie o niedyskryminacji: Wyjaśnia ono jak należy postąpić, jeśli będzie Pan(i) uważał(a), że został(a) niesprawiedliwie potraktowany(-a). „Zgodnie z prawem federalnym i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Aby złożyć skargę o przypadku dyskryminacji, proszę napisać do USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 lub zadzwonić pod bezpłatny numer (866) 632-9992 (głosowy). Osoby niedosłyszące lub mające problemy z mową mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). USDA jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse.”

UDOSTĘPNIANIE INFORMACJI MEDICAID/SCHIP

Szanowny rodzicu/opiekunie:

Jeśli Pana(-i) dzieci kwalifikują się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie, mogą również zakwalifikować się do otrzymywania bezpłatnego lub niedrogiego ubezpieczenia zdrowotnego poprzez Medicaid lub State Children's Health Insurance Program (pol. Stanowy program ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci) (SCHIP). Dzieci posiadające ubezpieczenia zdrowotne mają większe szanse na otrzymywanie regularnej opieki zdrowotnej i rzadziej chorują.

Ponieważ ubezpieczenia zdrowotne jest tak istotne dla dobra dzieci, **prawo pozwala nam na poinformowanie Medicaid i SCHIP, że Pana(i) dziecko kwalifikuje się do otrzymywania posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie, *chyba że zażąda Pan(i) abyśmy tego nie robili.*** Medicaid i SCHIP wykorzystują te informacje tylko do identyfikowania dzieci, które mogą kwalifikować się do ich programów. Przedstawiciele programów mogą skontaktować się z Panem(-ią), aby zaoferować rejestrację dziecka w programie ubezpieczenia zdrowotnego. Wypełnienie Formularza dotyczącego dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków CACFP nie oznacza automatycznej rejestracji Pana(-i) dzieci do ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeśli nie chce Pan(i), abyśmy udostępniali Pana(i) informacje Medicaid lub SCHIP, proszę wypełnić poniższy formularz i wysłać go razem z Formularzem dotyczącym dochodów kwalifikujących na adres **[address] do dnia [date]**. (Wysłanie tego formularza nie wpłynie na fakt otrzymywania przez Pana(-i) dziecko posiłków bezpłatnych lub po obniżonej cenie).

❑ **Nie! NIE** chcę, aby informacje zawarte w moim Formularzu dotyczącym dochodów kwalifikujących do otrzymywania posiłków CACFP zostały udostępnione Medicaid lub State Children's Health Insurance Program (pol. Stanowemu programowi ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci).

Jeśli zaznaczono Nie, proszę wypełnić poniższy formularz.

Imię i nazwisko dziecka: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____

Imię i nazwisko dziecka: _____

Podpis rodzica/opiekuna: _____

Dzisiejsza data: _____

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____

Adres: _____

_____ _____

Aby uzyskać więcej informacji, można zadzwonić do **[name]** pod numer **[phone]**