|  |  |
| --- | --- |
|  | **ADULT CARE CENTER (ЦЕНТР ДОГЛЯДУ ЗА ДОРОСЛИМИ)****ЗАЯВА НА ВІДПОВІДНІСТЬ ВИМОГАМ ДОХОДУ** |

|  |
| --- |
| **ЧАСТИНА 1 – ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОРОСЛОГО УЧАСНИКА** |
| **Ім’я дорослого** | **Вік** |
|       |       |
|       |       |

|  |
| --- |
| **Частина 2 – ЧЛЕН СІМ’Ї, який отримує допомогу від програми BASIC FOOD (Основні продукти харчування) або FDPIR, АБО УЧАСНИК(УЧАСНИКИ), ЩО ОТРИМУЄ ДОПОМОГУ ВІД SSI АБО MEDICAID—Тільки один член сім’ї, що отримує допомогу від програми Basic Food or FDPIR повинен бути вказаний, щоб встановити право на безкоштовне харчування. SSI або Medicaid застосовуються тільки до цієї людини.** |
| **Ім’я** | **Обведіть один варіант** | **Номер справи або ідентифікаційний номер** |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Basic Food (Основні продукти харчування) | FDPIR | SSI | Medicaid |

 |       |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Basic Food (Основні продукти харчування) | FDPIR | SSI | Medicaid |

 |       |

|  |
| --- |
| **Частина 3 – Загальний дохід сім’ї за останній місяць—Не потрібно вказувати, якщо ви зазначили номер справи в частині 2.** |
| Дорослі з функціональними порушеннями, які живуть зі своїми батьками, вважаються «сім’єю» окремо від своїх батьків. Заповніть частину 3 тільки в тому випадку, якщо дотримання вимог доходу засноване на доході. |
| **Ім’я (Ім’я та прізвище)****Вкажіть тільки учасника (учасників), чоловіка/дружину і дітей-утриманців учасника (учасників)** | **Валовий дохід за останній місяць (або чистий дохід, якщо ви працюєте не за наймом)****Вкажіть суму та частоту отримання доходу. Якщо дохід відсутній, вкажіть «0».** |
| **Дохід з роботи до вирахувань** | **Аліменти, допомога на дитину** | **Субсидії, пенсія, соціальна допомога,** | **Друга робота або інше джерело доходу** |
|  *Jane Smith (приклад)* | *$500 / місяць* |  | *$400 / місяць* | *$ 100 / тиждень* |
| 1.       | $      /       | $      /       | $      /       | $      /       |
| 2.       | $      /       | $      /       | $      /       | $      /       |
| 3.       | $      /       | $      /       | $      /       | $      /       |
| 4.       | $      /       | $      /       | $      /       | $      /       |
| 5.       | $      /       | $      /       | $      /       | $      /       |
| 6.       | $      /       | $      /       | $      /       | $      /       |
| Коли учасник проходить кваліфікацію на підставі частини 3 – «Загальний дохід сім’ї», необхідно вказати останні чотири цифри номера соціального страхування учасника або зробити позначку, що у нього/неї його немає. |
| Номер соціального страхування дорослого учасника (останні чотири цифри) XXX-XX-      |  [ ]  В мене немає номера соціального страхування. |

|  |
| --- |
| **Частина 4 – ПІДПИС ТА ЗАСВІДЧЕННЯ**  |
| ШТРАФИ ЗА ВВЕДЕННЯ В ОМАНУ: я підтверджую, що вся вищевказана інформація є правдивою і правильною, і всі мої доходи були вказані. Я розумію, що ця інформація надається для отримання федеральних коштів; що інформація в заяві може бути перевірена і що за навмисне введення в оману щодо мене можуть розпочати судове переслідування відповідно до застосовних законів штату і федеральних законів.Має бути підписано і датовано дорослим учасником, членом сім’ї або опікуном. |
| ПІДПИС ДОРОСЛОГО ДАТА  | ДРУКОВАНЕ ІМ’Я ДОРОСЛОГО, ЩО СТАВИТЬ ПІДПИС      |
|   | ВІДНОСИНИ З ДОРОСЛИМ УЧАСНИКОМ      |
| АДРЕСА МІСТО/КРАЇНА/ПОШТОВИЙ КОД             | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ДЛЯ ДЕННОГО ЗВ’ЯЗКУ      |

|  |
| --- |
| **ЧАСТИНА 5 – ЕТНІЧНА ТА РАСОВА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ УЧАСНИКА (Ви не зобов’язані відповідати на це питання** |
| Перевірте етнічну та расову категорію дорослого учасника. Нам потрібна ця інформація, щоб бути впевненими в тому, що кожен отримує пільги на справедливій основі. **Етнічна приналежність:** [ ]  Іспанського або латино-американського походження Жодного дорослого учасника не буде дискриміновано за  [ ]  Не іспанського або латино-американського походження ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку або інвалідністі. **Раса:** [ ]  Білий(-а) [ ]  Темношкірий або афро-американець(-ка) [ ]  Азіат(-ка) [ ]  Американський індіанець(-ка) або корінний(-а) мешканець(-ка) Аляски [ ]  Корінний гаваєць(-ка) або уродженець(-ка) островів Тихого океану [ ]  Змішаної раси |

|  |
| --- |
| **Акт Privacy Act Statement** Richard B. Russell National School Lunch Act (Національна програма шкільних сніданків і обідів) вимагає надання такої інформації в цій заяві. Ви не зобов’язані надавати інформацію, але якщо ви цього не зробите, ми не зможемо допустити учасника до безкоштовного або пільгового харчування. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування дорослого члена сім’ї, який підписує заяву. Номер соціального страхування не потрібен, коли вказуєте номер справи або інший ідентифікатор FDPIR дитини в програмах Basic Food (Основні продукти харчування), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) (Программа розповсюдження продуктів харчування у інідіанських резерваціях), Supplemental Security Income (SSI) (Додатковий гарантований дохід) або коли ви вказуєте, що дорослий член сім’ї, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ми використаємо вашу інформацію для визначення того, чи має учасник право на безкоштовне або пільгове харчування, а також для управління та забезпечення виконання Програми. |

|  |
| --- |
| **ТІЛЬКИ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ЦЕНТРОМ** |
| [ ]  Учасник (учасники) відносяться до безкоштовної категорії на основі програм [ ]  Basic Food (Основні продукти [ ]  FDPIR[ ]  SSI [ ]  Medicaid харчування)Порівняння річного доходу: щотижня х 52, раз в 2 тижні х 26, 2 рази на місяць х 24, 1 раз в місяць х 12[ ]  Учасник (учасники), вказана в цій формі, яка не має права на категорію, кваліфікується наступним чином: Виберіть один варіант: [ ]  Безкоштовно [ ]  За зниженою ціною  [ ]  Вище середнього Загальний дохід: $       [ ]  Річний [ ]  Щомісячний [ ]  2 рази на місяць [ ]  Кожні два тижні [ ]  Щотижневний Підпис представника установи Дата **Документ не дійсний без підпису і дати.****Дата набрання чинності IEA:** якщо установа використовує дату підпису учасника/члена сім’ї/опікуна як дату набрання чинності, форма повинна бути підписана представником установи протягом того ж місяця, коли учасник/член сім’ї/опікун підписав форму, або якомога швидше в наступному місяці. Якщо представник установи не оцінює і не підписує IEA відповідно до цих керівних принципів, в якості дати набрання чинності повинна використовуватися дата підпису представника установи. |