**Child and Adult Care Food Program (Продовольча програма для дітей та дорослих)**

**ЗАЯВА НА ЗАРАХУВАННЯ/ВІДПОВІДНІСТЬ ВИМОГАМ ДОХОДУ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЧАСТИНА 1 – Інформація про дітей—Обов’язкове поле для всіх дітей, які перебувають під опікою.** | | | | |
| **Ім'я дитини** | **Дата народження** | **Вік** | **Обведіть стандартні дні/**  **Надрукуйте стандартні години опіки** | **Обведіть стандартні прийоми їжі**  **та перекуси** |
|  |  |  | Нед Пон Вівт Сер Чет П'ят Суб  Стандартні години      \_\_\_ to      \_\_\_ | Сніданок Ранковий перекус Обід  Вечірній перекус Вечеря Нічний перекус |
|  |  |  | Нед Пон Вівт Сер Чет П'ят Суб  Стандартні години      \_\_\_ to      \_\_\_ | Сніданок Ранковий перекус Обід  Вечірній перекус Вечеря Нічний перекус |
|  |  |  | Нед Пон Вівт Сер Чет П'ят Суб  Стандартні години      \_\_\_ to      \_\_\_ | Сніданок Ранковий перекус Обід  Вечірній перекус Вечеря Нічний перекус |
|  |  |  | Нед Пон Вівт Сер Чет П'ят Суб  Стандартні години      \_\_\_ to      \_\_\_ | Сніданок Ранковий перекус Обід  Післяобідній Вечеря Вечірній перекус перекус |

**ВІДПОВІДНІСТЬ ВИМОГАМ ДОХОДУ**

**Будь ласка, позначте пункти, що застосовуються, щоб визначити інші частини форми, які слід заповнити:**

Член сім’ї отримує допомогу від програм Basic Food (Основні продукти харчування), TANF, або FDPIR. (Будь ласка, заповніть частини 2 і 5.)

Один або декілька дітей у частині 1 є прийомними. (Будь ласка, заповніть частини 3 і 5.)

Моя дитина (діти) може претендувати на безкоштовне/пільгове харчування в зв'язку з невеликим доходом сім'ї. (Будь ласка, заповніть частини 4 і 5.)

Моя дитина (діти) не може претендувати на безкоштовне/пільгове харчування. (Будь ласка, заповніть тільки 5 частину.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Частина 2 – ЧЛЕН СІМ'Ї отримує допомогу від програм BASIC FOOD (Основні продукти харчування)/TANF/FDPIR—**  **Будь-який член сім'ї, який отримує допомогу, може встановити право на отримання допомоги для всіх дітей у сім'ї.** | | | | | | | | | | | | **Номер справи або ідентифікаційний номер** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Частина 3 – Прийомні діти—Вкажіть імена всіх дітей, перелічених у частині 1, які є прийомними дітьми.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Частина 4 – Загальний ВАЛОВИЙ дохід сім'ї за останній місяць—Не потрібно вказувати, якщо ви зазначили номер справи в частині 2.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вкажіть імена (ім'я та прізвище) всіх членів вашої родини, включаючи прийомних дітей** | **Вкажіть суму та частоту отримання доходу. Якщо дохід відсутній, вкажіть «0». Вкажіть чистий дохід, якщо ви працюєте на себе.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дохід з роботи до вирахувань** | **Кожного тижня** | **Кожні 2 тижні** | **2 рази в місяць** | | **1 раз в місяць** | **Соціальне забезпечення, аліменти, допомога на дитину** | | **Кожного тижня** | **Кожні 2 тижні** | **2 рази в місяць** | | **1 раз в місяць** | | **Субсидії, пенсія, соціальна допомога, інше** | **Кожного тижня** | **Кожні 2 тижні** | **2 рази в місяць** | **1 раз в місяць** |
| 1. | $ |  |  |  | |  | $ | |  |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 2. | $ |  |  |  | |  | $ | |  |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 3. | $ |  |  |  | |  | $ | |  |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 4. | $ |  |  |  | |  | $ | |  |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 5. | $ |  |  |  | |  | $ | |  |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 6. | $ |  |  |  | |  | $ | |  |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| **Частина 5 – Підпис та засвідчення —ОБОВ'ЯЗКОВО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дорослий член сім'ї, який заповнює заяву, повинен поставити підпис нижче. Якщо частина 4 заповнена, дорослий, який підписує форму, повинен також вказати останні чотири цифри свого номера соціального страхування (SSN) або поставити позначку, що SSN відсутній. *Див. положення закону "Про Захист приватного життя" на звороті цієї сторінки.*  **Якщо ви вказали номер справи в частині 2 або подаєте заяву від імені прийомної дитини, або поставили позначку, що ваша дитина (діти) не матиме права на безкоштовне/пільгове харчування, останні чотири цифри SSN не потрібні.**  «Я засвідчую (обіцяю), що вся інформація в цій заяві відповідає дійсності і що всі доходи вказані. Я розумію, що ця інформація надана у зв'язку з отриманням федеральних коштів, і що посадові особи CACFP можуть перевірити інформацію. Я усвідомлюю, що якщо я навмисно надам неправдиву інформацію, учасник/центр може позбутися пільг на харчування, і я можу бути притягнутий(а) до відповідальності відповідно до застосовних законів штату і федеральних законів. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Підпис дорослого Поточна** **дата**  X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | **Друковане ім'я дорослого, що ставить підпис** | | | | | | | | | | | | |
| **Номер соціального страхування (SSN) (останні чотири цифри)**  XXX-XX-       Поставте позначку, якщо SSN не застосовується | | | | | | | | | | | | |
| **Адреса** **місто/країна/поштовий код** | | | | | | | | | | | | | | **Номер телефону для денного зв'язку** | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ЧАСТИНА 6 – ЕТНІЧНА ТА РАСОВА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ ДІТЕЙ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)** |
| Ми зобов'язані запросити інформацію про расу та етнічну приналежність ваших дітей. Ця важлива інформація, яка допомагає нам переконатися, що ми в повній мірі служимо нашій спільноті. Відповіді на питання цього розділу є необов'язковими і не впливають на право ваших дітей на отримання харчування під час опіки.  Етнічна приналежність (виберіть один варіант):  Іспанського або латино-американського походження  Не іспанського або латино-американського походження  Раса (виберіть один або декілька варіантів):  Американський індіанець(-ка) або корінний(-а) мешканець(-ка) Аляски  Азіат(-ка)   Темношкірий(-а) або афро-американець(-ка)  Змішаної раси  Корінний гаваєць(-ка) або уродженець(-ка) островів Тихого океану  Білий(-а) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Акт **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 ці дані, але якщо ви цього не зробите, це може вплинути на кошти, які отримує ваш центр з догляду за дітьми/опікун. Ви повинні вказати останні чотири цифри номера соціального страхування дорослого члена сім'ї, який підписує заяву. Останні чотири цифри номера соціального страхування не потрібні, коли ви подаєте заяву від імені прийомної дитини або вказуєте номер справи або інший ідентифікатор FDPIR дитини в програмах Basic Food (Основні продукти харчування), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program (Програма тимчасової допомоги нужденним сім'ям) або Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) (Программа розповсюдження продуктів харчування у інідіанських резерваціях), або коли ви вказуєте, що дорослий член сім'ї, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ми використаємо цю інформацію для визначення розміру компенсації за харчування для вашого дитячого центру/опікуна. Ми МОЖЕМО передавати інформацію про відповідність вимогам програмам освіти, охорони здоров'я та харчування, щоб допомогти їм оцінити, профінансувати або визначити пільги для своїх програм, аудиторам для перевірки програм і співробітникам правоохоронних органів, щоб допомогти їм розібратися в порушеннях правил програми. | | |
|  | | |
| Відповідно до Федерального закону про цивільні права та правил та політики в галузі громадянських прав USDA (Міністерства сільського господарства США), Міністерству сільського господарства США, його агентствам, відділкам і співробітникам, а також установам, які беруть участь у програмах Міністерства сільського господарства США або їх керівникам, забороняється дискримінувати осіб за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, інвалідності, віку або вживати зворотніх заходів за попередню діяльність в області цивільних прав в будь-якій програмі або діяльності, що проводиться або фінансується Міністерством сільського господарства США. Особам з інвалідністю, яким потрібні альтернативні засоби зв'язку для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіокасети, американська мова жестів і т.д.), слід звернутися до Агентства (штату або місцеве), в якому вони подали заяву на отримання пільг. Особи, які є глухими, слабочуючими або мають порушення мовлення, можуть зв'язатися з USDA (Міністерством сільського господарства США) через федеральну службу Federal Relay Service (Федеральну службу комутованих повідомлень) за телефоном (800) 877-8339. Крім того, інформація про програму може бути перекладена на інші мови, крім англійської.  Щоб подати скаргу про дискримінацію в рамках програми, заповніть форму скарги USDA Program Discrimination Complaint Form (Форма скарги щодо дискримінації у програмі), (AD-3027), яку можна знайти за адресою: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, а також в будь-якому офісі USDA, чи написати лист на адресу USDA і вказати в ньому всю інформацію, про яку запитується у формі. Щоб запросити копію форми скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992 Надішліть заповнену форму або лист на адресу USDA за такими даними: | | |
| **НАДІСЛАТИ\*:** U.S. Department of Agriculture  Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  1400 Independence Avenue SW  Washington, D.C. 20250-9410 | **Номер FAX:** 202-690-7442  **Електронна пошта:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) | **\* Використовуйте цю адресу тільки в тому випадку, якщо ви подаєте скаргу про дискримінацію.** |
| **Ця установа надає всім рівні можливості.** | | |

|  |
| --- |
| **НЕ ЗАПОВНЮВАТИ - ТІЛЬКИ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ЦЕНТРОМ** |
| Дитина (діти) відносяться до безкоштовної категорії на основі програм Basic Food (Основні продукти харчування)/TANF/FDPIR.  Прийомна дитина (діти) була вказана в цій формі і має право на безкоштовну категорію.  Конвертація річного доходу: щотижня х 52, раз в 2 тижні х 26, 2 рази на місяць х 24, 1 раз в місяць х 12  Дитина (діти), 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  X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Підпис представника установи Поточна дата**  **ДОКУМЕНТ НЕ ДІЙСНИЙ БЕЗ ПІДПИСУ І ДАТИ.**  **Дата набрання чинності EIEA: якщо установа використовує дату підпису когось із батьків/опікуна як дату набрання чинності, форма повинна бути підписана представником установи протягом того ж місяця, коли хтось із батьків підписав форму, або якомога швидше в наступному місяці. Якщо представник установи не оцінює і не підписує EIEA відповідно до цих керівних принципів, в якості дати набрання чинності повинна використовуватися дата підпису представника установи.** |