**Child and Adult Care Food Program**

**(برنامج أغذية رعاية الأطفال والكبار)**

**التسجيل/ طلب استحقاق الدخل**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **الجزء الأول- معلومات الأطفال—مطلوبة لجميع الأطفال الخاضعين للرعاية.** | | | | |
| **اسم الطفل** | **تاريخ الميلاد** | **العمر** | **ضع دائرة على الأيام المعتادة**  **اكتب ساعات الرعاية المعتادة** | **ضع دائرة على الوجبات الرئيسية**  **والوجبات الخفيفة التي اعتاد على تناولها** |
|  |  |  | الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت  الساعات المعتادة      \_\_\_ إلى      \_\_\_ | الإفطار صباحًا وجبة خفيفة الغداء  مساءً وجبة خفيفة العشاء مساءً. وجبة خفيفة |
|  |  |  | الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت  الساعات المعتادة      \_\_\_ إلى      \_\_\_ | الإفطار صباحًا وجبة خفيفة الغداء  مساءً وجبة خفيفة العشاء مساءً. وجبة خفيفة |
|  |  |  | الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت  الساعات المعتادة      \_\_\_ إلى      \_\_\_ | الإفطار صباحًا وجبة خفيفة الغداء  مساءً وجبة خفيفة العشاء مساءً. وجبة خفيفة |
|  |  |  | الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت  الساعات المعتادة      \_\_\_ إلى      \_\_\_ | الإفطار صباحًا وجبة خفيفة الغداء  مساءً وجبة خفيفة العشاء مساءً. وجبة خفيفة |

**استحقاق الدخل**

**يُرجى تحديد المربعات التي تنطبق من أجل المساعدة في تحديد الأجزاء الأخرى من هذا النموذج واستكماله:**

يتلقى أحد أفراد الأسرة في منزلنا إعانات من Basic Food (الغذاء الأساسي) أو برنامج TANF أو FDPIR. (يُرجى استكمال الجزئين الثاني والخامس).

يوجد طفل واحد أو أكثر في المرحلة الأولى ربيب. (يُرجى استكمال الجزئين الثالث والخامس.)

قد يكون طفلي (أطفالي) مستحقًا للحصول على وجبات مجانية أو بسعرٍ مُخفض على أساس دخل الأسرة. (يُرجى استكمال الجزئين الرابع والخامس.)

لن يكون طفلي (أطفالي) مستحقًا للحصول على وجبات مجانية أو بسعرٍ مُخفض. (يُرجى استكمال الجزء الخامس فقط.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الجزء الثاني- يحصل أحد أفراد الأسرة على Basic Food (الغذاء الأساسي) أو برنامج TANF أو FDPIR.—**  **يجوز لأي فرد من أفراد الأسرة يتلقى إعانات أن يثبت استحقاقه لجميع الأطفال داخل الأسرة.** | | | | | | | | | | | | **رقم الحالة أو رقم الهوية** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الجزء الثالث- طفل (أطفال) ربيب-—حدد أسماء أي أطفال مدرجين ضمن الجزء الأول ممن هم ربائب.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الجزء الرابع- إجمالي دخل الأسرة من الشهر الماضي- غير مطلوب إذا أوضحت رقم الحالة في الجزء الثاني.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **حدد أسماء (الاسم الأول واللقب) جميع أفراد أسرتك، بما في ذلك الربائب** | **حدد لنا المقدار وعدد المرات عند عدم وجود دخل، اكتب "صفر" استخدم صافي الدخل إذا كنت تعمل بالإعمال الحرة.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الأجر المُكتسب من العمل قبل الاستقطاعات** | **أسبوعيًا** | **كل أسبوعين** | **مرتين شهريًا** | | **شهريًا** | **ضمان اجتماعي، نفقة، إعالة الأطفال** | **أسبوعيًا** | | **كل أسبوعين** | **مرتين شهريًا** | | **شهريًا** | | **التقاعد، المعاشات، الضمان الاجتماعي، أخرى** | **أسبوعيًا** | **كل أسبوعين** | **مرتين شهريًا** | **شهريًا** |
| 1. | $ |  |  |  | |  | $ |  | |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 2. | $ |  |  |  | |  | $ |  | |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 3. | $ |  |  |  | |  | $ |  | |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 4. | $ |  |  |  | |  | $ |  | |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 5. | $ |  |  |  | |  | $ |  | |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| 6. | $ |  |  |  | |  | $ |  | |  |  | |  | | $ |  |  |  |  |
| **الجزء الخامس- التوقيع والتوثيق- مطلوب** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| يتعين على فرد الأسرة البالغ الذي يملأ الطلب التوقيع أدناه. عند إتمام الجزء الرابع، ينبغي للشخص البالغ الذي يوقع على النموذج أيضًا توضيح الأرقام الأربعة الأخيرة من ) Social Security Numberرقم الضمان الاجتماعي( (SSN) الخاص به/ بها أو تحديد المربع في حالة عدم وجود SSN. *راجع قانون الخصوصية المُوضح خلف هذه الصفحة*.  **في حال إدراج رقم الحالة في الجزء الثاني، أو تقديم الطلب بالإنابة عن ربيب، أو تحديد المربع الذي يفيد بأن طفلك )أطفالك( لن يكونوا مستحقين للحصول على وجبات مجانية أو بأسعار مُخفضة، فإن الأرقام الأربعة الأخيرة من SSN غير مطلوبة.**  "أشهد )أتعهد( بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وأنه قد تم بيان جميع الدخل. أفهم أن تلك المعلومات مُقدمة فيما يتع لق باستلام الأموال الفيدرالية، وأنه يجوز لمسؤولي برنامج CACFP التحقق من (مراجعة( المعلومات. كمّا أدرك أنه في حال تقديمي معلومات خاطئة عمدًا، فقد يفقد المشارك أو المركز إعانات الوجبات، وقد أخضع للمقضاة بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها". | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **توقيع الشخص البالغ وتاريخ** **اليوم**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | **اكتب اسم الشخص البالغ المُوقع** | | | | | | | | | | | |
| **Social Security Number (رقم الضمان الاجتماعي) (SSN) (آخر أربعة أرقام)**  XXX-XX-       حدد عند عدم وجود SSN | | | | | | | | | | | |
| **العنوان** **المدينة/الولاية/الرمز البريدي** | | | | | | | | | | | | | | **الهاتف المُتاح نهارًا** | | | | | | |

|  |
| --- |
| **الجزء السادس- عرق الطفل والهويات العرقية (اختياري)** |
| يتعين علينا طلب معلومات حول جنس أطفالك وعرقهم. تُعد تلك المعلومات مهمة، حيث أنها تساعد على التأكد من خدمتنا لمجتمعنا بشكل كامل. تُعد الإجاية على هذا القسم اختياري، ولا يؤثر على استحقاق أطفالك للحصول على وجبات الطعام أثناء الرعاية.  العرق (ضع علامة واحدة):  من أصل إسباني أو لاتيني  ليس من أصل إسباني أو لاتيني  الجنس (حدد واحدًا أو أكثر):  الهنود الأمريكيون أو الأصليون في ألاسكا  الآسيويون  ذوي البشرة السوداء أو الأمريكيون من أصل أفريقي  متعدد الأجناس  من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ  ذوي بشرة بيضاء |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| يتطلب **قانون ريتشارد ب. راسل الوطني للغداء المدرسي** وجود المعلومات المُحددة في هذا الطلب. لا ينبغي تقديم المعلومات، ولكن إذا لم تقدمها، فقد يؤثر ذلك على الأموال التي يتلقاها المركز أو مقدم الرعاية لطفلك. يتعين إدراج الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي لأحد أفراد الأسرة البالغين الذي يوقع على الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عند التقدم بالإنابة عن ربيب، أو عند إدراج رقم حالة برنامج Basic Food (الغذاء الأساسي) أو Temporary Assistance for Needy Families (المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة) (TANF)، أو برنامجFood Distribution Program on Indian Reservations (توزيع الغذاء على الحجوزات الهندية) (FDPIR)، أو معرّف برنامج FDPIR آخر لطفلك أو عند الإشارة إلى أن أحد أفراد الأسرة البالغين المُوقع على الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سنستخدم معلوماتك لتحديد مدفوعات الوجبات لمركز الرعاية أو مقدم الرعاية لطفلك. يجوز لنا مشاركة معلومات استحقاقك مع برامج التعليم والصحة والتغذية من أجل مساعدتهم في تقييم أو تمويل أو تحديد الإعانات الخاصة ببرامجهم وبمراجعي مراجعات البرامج ومسؤولي إنفاذ القانون لمساعدتهم على النظر في انتهاكات قواعد البرامج. | | |
|  | | |
| وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية التابعة U.S. Department of Agriculture (USDA)، يُحظر على USDA ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج USDA أو التي تديرها ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو السن أو الثأر أو الانتقام من أجل نشاط سابق للحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط نفذتهUSDA أو موّلته. الأشخاص ذوو الإعاقات الذين يتطلبون وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج )مثل، طريقة برايل أو المطبوعات الكبيرة أو الأشرطة الصوتية أو لغة الإشارة الأمريكية، إلخ(، ينبغي عليهم الاتصال بالوكالة )الحكومية أو المحلية( حيث تقدموا لطلب المعونات. يجوز للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في التخاطب الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم التالي: (800) 877-8339 . كما أن معلومات البرنامج قد تتوفر بلغات خلاف اللغة الإنجليزية.  لتقديم شكوى برنامج تتعلق بالتمييز، استكمل نموذج شكوى التمييز ببرنامج USDA، (AD-3027) على الإنترنت على الرابط التالي: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html، أو في أي مكتب من مكاتب USDA، أو إرسال رسالة إلى USDA مع إدراج جميع المعلومات المطلوبة في النموذج بالرسالة. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على (866) 632-9992. أرسل النموذج المكتمل أو الخطاب إلى USDA عن طريق: | | |
| **البريد\*:** U.S. Department of Agriculture  Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  1400 Independence Avenue SW  Washington, D.C. 20250-9410 | **الفاكس:** 202-690-7442  **البريد الإلكتروني:** [program.intake@usda.gov](بريد%20إلى:%20program.intake@usda.gov) | **\*لا تستخدم هذا العنوان إلا إذا كنت تقدم شكوى التعرض للتمييز.** |
| **هذه المؤسسة هي موفر للفرص المتكافئة.** | | |

|  |
| --- |
| **لا تملأ- لاستخدام المركز فقط** |
| للطفل (الأطفال) حرية التصنيف على أساس Basic Food (الغذاء الأساسي) الغذاء الأساسي أو TANF أو FDPIR.  تم تحديد الربيب (الربائب) في هذا النموذج والاستحقاق للإنضمام إلى الفئة المجانية.  تحويل الدخل السنوي: أسبوعيًا × 52، كل أسبوعين ×26، مرتين في الشهر × 24، شهريًا × 12  يتأهل الطفل (الأطفال) المُدرج بهذا النموذج وهو غير مستحق بشكل قاطع على النحو التالي:  حدد خيارًا واحدًا:  مجاني  بسعرٍ مخفض  أعلى من المستوى إجمالي الدخل: $  سنويًا  شهريًا  مرتين شهريًا  كل أسبوعين  أسبوعيًا  X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **توقيع ممثل المؤسسة تاريخ اليوم**  **غير صالح من دون التوقيع والتاريخ**  **تاريخ سريان EIEA: إذا كانت المؤسسة تستخدم تاريخ توقيع الوالد أو ولي الأمر على أنه تاريخ السريان، فينبغ ي أن يكون النموذج مُوقعًا من ممثل المؤسسة في غضون الشهر الذي وقع فيه الوالد على النموذج أو في الشهر التالي له مباشرةً. في حال عدم تقييم ممثل المؤسسة والتوقيع على EIEA وفقًا لتلك التوجيهات، فينبغي استخدام تاريخ توقيع ممثل المؤسسة على أنها تاريخ السريان.** |