**Child and Adult Care Food Program (Программа питания для детей и взрослых)**

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА РЕГИСТРАЦИЮ/ОПРЕДЕЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ УРОВНЯ   
ДОХОДА КРИТЕРИЯМ ПРОГРАММЫ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЧАСТЬ 1 – Информация о детях—Требуется для всех детей, находящихся под опекой.** | | | | |
| **Имя и фамилия ребенка** | **Дата рождения** | **Возраст** | **Обведите в кружочек стандартные дни/**  **Впишите печатными буквами стандартные часы получения помощи** | **Обведите в кружочек приемы пищи и**  **Перекусы, которые вы обычно получаете** |
|  |  |  | Вс Пн Вт Ср Чт Пт Сб  Стандартные часы      \_\_\_ до      \_\_\_ | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Завтрак | Перекус до полудня | Обед | | Перекус после полудня | Ужин | Вечерний перекус | |
|  |  |  | Вс Пн Вт Ср Чт Пт Сб  Стандартные часы      \_\_\_ до      \_\_\_ | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Завтрак | Перекус до полудня | Обед | | Перекус после полудня | Ужин | Вечерний перекус | |
|  |  |  | Вс Пн Вт Ср Чт Пт Сб  Стандартные часы      \_\_\_ до      \_\_\_ | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Завтрак | Перекус до полудня | Обед | | Перекус после полудня | Ужин | Вечерний перекус | |
|  |  |  | Вс Пн Вт Ср Чт Пт Сб  Стандартные часы      \_\_\_ до      \_\_\_ | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Завтрак | Перекус до полудня | Обед | | Перекус после полудня | Ужин | Вечерний перекус | |

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ УРОВНЯ ДОХОДА КРИТЕРИЯМ ПРОГРАММЫ**

**Отметьте соответствующие поля, чтобы определить, какие еще части этой формы необходимо заполнить:**

Член нашей семьи получает пособие по программе основных продуктов питания Basic Food, TANF (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям) или FDPIR (Программа распределения продуктов в индейских резервациях). (Заполните части 2 и 5).

Один или несколько детей из Части 1 – дети на патронатном воспитании. (Заполните части 3 и 5).

Мой ребенок (дети) может иметь право на бесплатное питание / питание по сниженной цене в зависимости от семейного дохода. (Заполните части 4 и 5).

Мой ребенок (дети) не имеет права на бесплатное питание / питание по сниженной цене. (Заполните только 5 часть).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Часть 2 – ЧЛЕН СЕМЬИ, получающий помощь по программе основных продуктов питания Basic Food/TANF/FDPIR—**  **Любой член семьи, получающий пособие, может установить право на получение пособия для всех детей в семье.** | | | | | | | | | | | | **Номер дела или идентификационный номер** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Часть 3 – Дети на патронатном воспитании—Перечислите имена всех детей, указанных в Части 1, которые находятся на патронатном воспитании.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Часть 4 – Общий совокупный доход домохозяйства за последний месяц—Не требуется, если вы указали номер дела в Части 2.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Перечислите имена (имя и фамилию) всех членов вашей семьи, включая детей на патронатном воспитании.** | **Укажите размер дохода и как часто вы его получаете. При отсутствии дохода напишите “0”. Если вы самозанятое лицо, укажите чистый доход.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Сумма дохода до вычета налогов и отчислений.** | **Еженедельно** | **Каждые 2 недели** | **2 раза в месяц** | | **Ежемесячно** | **Социальное обеспечение, алименты, содержание детей** | **Еженедельно** | **Каждые 2 недели** | **2 раза в месяц** | **Ежемесячно** | | **Пенсии, социальное обеспечение, другое** | **Еженедельно** | **Каждые 2 недели** | **2 раза в месяц** | **Ежемесячно** |
| 1. | $ |  |  |  | |  | $ |  |  |  |  | | $ |  |  |  |  |
| 2. | $ |  |  |  | |  | $ |  |  |  |  | | $ |  |  |  |  |
| 3. | $ |  |  |  | |  | $ |  |  |  |  | | $ |  |  |  |  |
| 4. | $ |  |  |  | |  | $ |  |  |  |  | | $ |  |  |  |  |
| 5. | $ |  |  |  | |  | $ |  |  |  |  | | $ |  |  |  |  |
| 6. | $ |  |  |  | |  | $ |  |  |  |  | | $ |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Часть 5 – Подпись и заверение – ОБЯЗАТЕЛЬНО** | | |
| Взрослый член семьи, заполняющий заявление, должен поставить свою подпись ниже. Если часть 4 заполнена, взрослый, подписывающий форму, должен также указать последние четыре цифры своего номера социального страхования (SSN) или поставить галочку в соответствующем поле при отсутствии SSN. *См. положение о конфиденциальности на обратной стороне этой страницы.*  **Если вы указали номер дела в Части 2, или подаете заявление от имени ребенка на патронатном воспитании, или поставили отметку в поле, что ваш ребенок (дети) не имеют права на бесплатное питание / питание по сниженной цене, последние четыре цифры SSN не нужны.**  "Я подтверждаю (заверяю), что вся информация в данной заявке является верной и что предоставлен отчет о всех доходах. Я понимаю, что данная информация предоставляется в связи с получением средств из федерального бюджета и что должностные лица CACFP может проверить эту информацию. Я понимаю, что преднамеренное искажение информация может привести к тому, что участник / центр могут потерять льготы и я могу быть привлечен к ответственности в соответствии с применимыми государственными и федеральными законами". | | |
| **Подпись взрослого Сегодняшняя** **дата**  X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Имя взрослого, подписывающего документ печатными буквами** | |
| **Номер социального страхования (SSN) (последние четыре цифры)**  XXX-XX-       Поставьте галочку при отсутствии SSN | |
| **Адрес** **Город/Штат/Почтовый Индекс** | | **Домашний телефон** |

|  |
| --- |
| **Часть 6 – РАСОВАЯ И ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ДЕТЕЙ (ПО ЖЕЛАНИЮ)** |
| Мы обязаны запросить информацию о расе и этнической принадлежности ваших детей. Эта информация важна и помогает убедиться, что мы в полной мере служим нашему местному обществу. Заполнение этого раздела не является обязательным и не влияет на право ваших детей на бесплатное или льготное питание.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Этническая принадлежность (отметьте один вариант): | Представитель испаноязычного населения или латиноамериканец | Не представитель испаноязычного населения или нелатиноамериканец | | | | Раса (отметьте один или более вариантов): | Американский индеец или коренной житель Аляски | Азиат | Чернокожий или афро-американец | Многонациональный | | Коренной жители Гавайских островов или других островов Тихого океана | Белый |  |  | |

|  |
| --- |
| **Национальный закон Ричарда Б. Рассела «О школьных обедах» (Richard B. Russell National School Lunch Act)** требует предоставления определенной информации при подаче заявления. Вы не обязаны предоставлять информацию, однако если вы ее не предоставите, это может повлиять на размер средств, которые получает центр по уходу за детьми/поставщик услуг. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, который подпишет заявление. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаете заявление от имени приемного ребенка, если указываете номер дела программы основных продуктов питания Basic Food, Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program (Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям) или Food Distribution Program on Indian Reservations (Программа распределения продуктов в индейских резервациях, FDPIR) или другой идентификатор FDPIR для своего ребенка, или если указываете, что взрослый член семьи, который подписывает заявление, не имеет номера социального страхования. Мы будем использовать вашу информацию, чтобы определить размера возмещения расходов на питание вашему центру по уходу за детьми/поставщику услуг. Мы МОЖЕМ передать вашу информацию о соответствии требованиям в программы образования, здравоохранения и питания для того, чтобы помочь им оценить, финансировать или определить пособия для своих программ, аудиторов для рассмотрения программ, а также сотрудников правоохранительных органов, чтобы помочь им расследовать нарушения правил программ. |
|  |
| В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах, а также постановлениями и политиками касательно гражданских прав U.S. Department of Agriculture (USDA) Министерству сельского хозяйства, его органам, учреждениям и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или осуществляющих их администрирование, запрещено дискриминировать на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возраста, а также осуществлять возмездие или преследование за предыдущую деятельность по защите гражданских прав в какой-либо программе, проводимой или финансируемой USDA. Лица с ограниченными возможностями, которым необходимы альтернативные средства связи для получения информации о программах (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т.д.), должны обратиться в агентство (штата или местное), в которое они обращались за получением льгот. Глухие, слабослышащие лица либо лица с нарушениями речи могут обратиться в USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках помимо английского.  Чтобы подать жалобу о дискриминации, заполните форму жалобы о дискриминации Министерства сельского хозяйства США (USDA Program Discrimination Complaint Form), (AD-3027), расположенную на сайте: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, или представленную в любом офисе USDA, либо напишите письмо в адрес USDA и предоставьте в этом письме всю информацию, требуемую в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по тел. (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA по: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ПОЧТЕ\*:** U.S. Department of Agriculture  Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  1400 Independence Avenue SW  Washington, D.C. 20250-9410 | **ФАКСУ:** 202-690-7442  **ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) | **\*Используйте этот адрес только в том случае, если вы подаете жалобу на дискриминацию.** |
| **Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.** | | |

|  |
| --- |
| **НЕ ЗАПОЛНЯТЬ – ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ** |
| Дети, участвующие в программе основных продуктов питания Basic Food/TANF/FDPIR имеют право на получение бесплатного питания.  Дети, находящиеся на патронатном воспитании были определены в этой форме и имеют право на получение бесплатного питания.  Пересчет годового дохода: Еженедельно x 52, Каждые 2 недели x 26, Два раза в месяц x 24, Ежемесячно х 12  Дети, указанные в этой форме, которые не имеют категорического права, получают следующую помощь:  Отметьте один вариант:  Бесплатно  Сниженная цена  Обычная полная цена Общий доход: $  Ежегодно  Ежемесячно  Два раза в месяц  Каждые две недели  Еженедельно  X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Подпись представителя учреждения Сегодняшняя дата**  **НЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО БЕЗ ПОДПИСИ И ДАТЫ.**  **Дата вступления в силу EIEA: Если учреждение использует дату подписи родителей/опекунов в качестве даты вступления в силу, форма должна быть подписана представителем учреждения в том же месяце, когда форму подписал родитель, или в следующем месяце. Если представитель учреждения не оценил и не подписал EIEA, исходя из изложенных указаний, дата подписи представителя учреждения должна быть использована в качестве даты вступления в силу.** |