

طلب أهلية التسجيل (Enrollment Income Eligibility Application, EIEA) في برنامج الغذاء لرعاية الأطفال والكبار (Child and Adult Care Food Program, CACFP)

الجزء 1 - معلومات عن الأطفال (مطلوب)							
اسم الطفل	تاريخ الميلاد	العمر	أيام الحضور	وقت الوصول	وقت المغادرة	الوجبات الرئيسية والوجبات الخفيفة التي يتم الحصول عليها بشكل طبيعي	ضع علامة أدناه إذا كان الطفل بالتبني
			الأحد الاثنيين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت			الإفطار مساءً وجبة خفيفة العشاء صباحًا وجبة خفيفة الغذاء في المساء وجبة خفيفة	<input type="checkbox"/>
			الأحد الاثنيين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت			الإفطار مساءً وجبة خفيفة العشاء صباحًا وجبة خفيفة الغذاء في المساء وجبة خفيفة	<input type="checkbox"/>
			الأحد الاثنيين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت			الإفطار مساءً وجبة خفيفة العشاء صباحًا وجبة خفيفة الغذاء في المساء وجبة خفيفة	<input type="checkbox"/>
			الأحد الاثنيين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت			الإفطار مساءً وجبة خفيفة العشاء صباحًا وجبة خفيفة الغذاء في المساء وجبة خفيفة	<input type="checkbox"/>
الجزء 2- أحد أفراد الأسرة الذي يتلقى الغذاء الأساسي/المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة / برنامج توزيع المواد الغذائية على الحجوزات الهندية في ولاية WA- يمكن لأي فرد من أفراد الأسرة يتلقى إعانات تثبت أهلية الأطفال في الأسرة. في حال إدراج رقم الحالة أو التعرف، يرجى التخطي إلى الجزء 5.							
الجزء 3 - إجمالي الدخل السنوي للأسرة يتعين على الشخص البالغ الذي يُوقع النموذج أن يدرج الأرقام الأربعة الأخيرة من (Social Security Number, SSN) الخاص به، أو أن يضع علامة في المربع عند عدم وجود رقم الضمان الاجتماعي (SSN). راجع القائمة الخاصة بقانون الخصوصية ومصادر الدخل في الجانب الآخر من هذه الصفحة (تحويل الدخل السنوي حسب تكرار مرات السداد: أسبوعيًا x 52، كل أسبوعين x 26، مرتين شهريًا x 24، شهريًا x 12)							
الجزء 4 - الهويات العرقية والجنسية للأطفال (اختياري)							
يتوجب علينا طلب معلومات حول عرق أطفالك وأصولهم الإثنية. تساعدنا هذه المعلومات على التأكد من أننا نُقدّم خدماتنا لمجتمعنا بشكل كامل. يُعدّ الرد على هذا القسم اختياريًا، ولن يؤثر على أهلية أطفالك لتلقّي وجبات الطعام أثناء الرعاية.							
العرق (حدد اختياريًا واحدًا): <input type="checkbox"/> من أصل أسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> ليس من أصل أسباني أو لاتيني الجنس البشري (حدد اختياريًا واحدًا أو أكثر): <input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> مُتعدد الأعناس <input type="checkbox"/> سكان هاواي الأصليون أو جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> ذا بشرة سوداء أو أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> ذا بشرة بيضاء							
أذكر الأسماء (الأول والأخير) لجميع أفراد أسرتك، بما في ذلك الأطفال بالتبني							
1.	دولار	سنويًا	الأرباح السنوية من العمل قبل الاستقطاعات	الرعاية الاجتماعية السنوية، والتفقة، وإعالة الأطفال	التقاعد، والمعاشات التقاعدية، والضمان الاجتماعي، أخرى	دولار	سنويًا
2.	دولار	سنويًا				دولار	سنويًا
3.	دولار	سنويًا				دولار	سنويًا
4.	دولار	سنويًا				دولار	سنويًا
5.	دولار	سنويًا				دولار	سنويًا
6.	دولار	سنويًا				دولار	سنويًا
عدد أفراد الأسرة							
آخر 4 أرقام تأمين اجتماعي (SSN) (ضع علامة تحديد في حالة عدم وجود رقم ضمان اجتماعي (SSN))							
الجزء 5 - توقيع ولي الأمر/الوصي، والشهادة- (مطلوب) يؤكد التوقيع أن جميع المعلومات المذكورة صحيحة ودقيقة							
"أشهد (أتعهد) بأن جميع المعلومات المذكورة في هذا الطلب صحيحة، وأن جميع الإيرادات مُدونة. أعلم أن هذه المعلومات مقدمة في سياق استلام الأموال الفيدرالية، وأنه يجوز لمسؤولي برنامج الغذاء لرعاية الأطفال والكبار (CACFP) التحقق من (مراجعة) المعلومات. أعلم أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة عمدًا، فقد يفقد المشارك/المركز إعانات الوجبات، وقد أخضع للمحاكمة بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها.							
التوقيع _____ الاسم بالحروف _____ التاريخ _____							
العنوان _____ المدينة الولاية الرمز _____ رقم الهاتف _____							
DO NOT FILL OUT – CENTER USE ONLY				CATEGORY		OSPI USE ONLY	
Institution Representative Signature _____ Date _____				<input type="checkbox"/> Free (Basic Food/TANF/FDPIR) <input type="checkbox"/> Free (foster child(ren))		Total Annual Income \$ _____ <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Above-Scale	
INVALID WITHOUT SIGNATURE AND DATE (see back for effective date requirements)						<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> AS OSPI Rep. _____	

يتطلب (Richard B. Russell National School Lunch Act) قاتون ريتشارد ب. راسل الوطني للغذاء المدرسي للغذاء المدرسي المعلومات المذكورة في هذا الطلب. ليست مضطرًا لتقديم المعلومات، ولكن إذا لم تفعل ذلك، فقد تتأثر الأموال التي يتلقاها مركز رعاية الطفل/مقدم الخدمة الخاص بك. يتعين عليك إدراج الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي لفرد الأسرة البالغ الذي وقع على الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عند التقدم بالإجابة عن طفل التبنى أو عند إدراج رقم حالة برنامج الغذاء الأساسي أو المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) أو برنامج توزيع الأغذية على الحجزات الهندية (FDPIR) أو معرف برنامج توزيع الأغذية على الحجزات الهندية (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) آخر لطفلك أو عندما تشير إلى أن فرد الأسرة البالغ الذي يُوقع الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سنستخدم معلوماتك لتحديد مقابل لوجبة لمقدم الرعاية أو مركز رعاية الطفل الخاص بك. يجوز لنا مشاركة معلومات أهلك مع برامج التعليم والصحة والتغذية بهدف مساعدتهم على تقييم أو تمويل أو تحديد فوائد برامجهم، ومع مدققي مراجعات البرامج، ومسؤولي إنفاذ القانون لمساعدتهم على النظر في انتهاكات قواعد البرنامج.

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture، USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميل الجنسي) أو الإعاقة أو العمر أو النثر أو الانتقام من نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية.

قد تكون معلومات البرنامج متاحة بلغات أخرى غير الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، الطباعة الكبيرة، شريط التسجيل، لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية التي تُدير البرنامج أو بمركز التكنولوجيا والموارد التي يسهل الوصول إليها تمنح التوظيف اليوم التابع، "Technology and Accessible Resources Give Employment Today, TARGET Center" لـ USDA على 720-2600 (202) (الصوتي وجهاز اتصالات الصم) أو اتصل بـ USDA من خلال خدمة التحويل الفيدرالية 877-8339 (800).

لتقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز في البرنامج، يجب على صاحب الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في برنامج USDA والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>، من أي مكتب USDA، عن طريق الاتصال بـ 632-9992 (866)، أو عن طريق كتابة رسالة موجهة إلى USDA. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم صاحب الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعوم بتفاصيل كافية لإبلاغ السكرتير المساعد للحقوق المدنية (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب إرسال نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى USDA عن طريق: (800) 777-8339.

*لا تستخدم هذا العنوان إلا عند تقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز.

الفاكس: 256-1665 (833) أو 690-7442

؛ (202) أو

البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
Independence Avenue, SW 1400
Washington, D.C. 20250-9410

توفر هذه المؤسسة تكافؤ الفرص.

تاريخ سريان طلب أهلية التسجيل (EIEA)

إذا كانت المؤسسة تستخدم تاريخ توقيع ولي الأمر أو الوصي باعتباره تاريخ السريان، فيتعين على ممثل المؤسسة توقيع النموذج خلال نفس الشهر الذي وقع فيه ولي الأمر، أو الشهر التالي. إذا لم يوقع ممثل المؤسسة على طلب أهلية التسجيل (EIEA) خلال هذه المدة الزمنية، فيتعين استخدام تاريخ توقيع ممثل المؤسسة على أنه تاريخ السريان.

إرشادات المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) أو إرشادات أرقام الغذاء الأساسية وموارد الاتصال لمستلمي ولاية WA

ليس رقم ضمان اجتماعي (ما لم يكن رقم حالة قبيلية).
لا يبدأ برقم تسلسلي 200
ليس رقم حالة لرعاية الأطفال التي تدفعها الدولة
ليس رقم بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (Electronic Benefits Transfer, EBT)

يتألف من سبعة إلى تسعة أرقام، مثل 004235555
يجوز لأحد الوالدين حذف الأصفار التي تسبق الرقم والكتابة (على سبيل المثال. 4235555)
قد يبدأ بأرقام 002 أو 003 أو 004 أو 005 أو 05
لا يتضمن أي حروف

موقع الويب للأغذية الأساسية و www.washingtonconnection.org TANF:

رقم خدمة عملاء إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (Department of Social and Health Services - DSHS) : (877) 501-2233

الأرباح من العمل	المساعدة العامة، والنفقة، وإعالة الطفل	المعاشات التقاعدية، والتقاعد، ومصادر الدخل الأخرى	مصادر دخل الطفل	أمثلة:
• الرواتب والأجور والمكافآت النقدية • صافي الدخل من العمل الحر (مزرعة أو عمل تجاري) • إذا كنت موظفًا في الجيش الأمريكي: • الأجر الأساسي والمكافآت النقدية (لا تشمل الرواتب القتالية، أو بدل الإعاشة الأسري التكفيلي العائلي (Family Subsistence Supplemental Allowance)، أو بدلات السكن المخصصة) • بدلات السكن والطعام والملبس خارج الأساسي	• إعانات البطالة • تعويضات العمل • دخل تأميني إضافي • المساعدة النقدية من الدولة أو الحكومة المحلية • دفعات النفقة • دفعات إعالة الطفل • إعانات المحاربين القدامى • إعانات الإضراب	• الضمان الاجتماعي (بما في ذلك التقاعد في السكك الحديدية ومزايا الرتبة السوداء) • المعاشات التقاعدية الخاصة أو إعانات العجز • الدخل من الصناديق الاستثمارية أو العقارات • المعاشات • دخل الاستثمار • الفوائد المكتسبة • دخل الإيجار • مدفوعات نقدية منتظمة من خارج الأسرة	الأرباح من العمل	• لدى الطفل في سن العمل القانوني وظيفة منتظمة بدوام كامل أو جزئي حيث يحصل على راتب أو أجر • طفل كفيف أو مُعاق، ويحصل على مُخصصات الضمان الاجتماعي • أحد الوالدين مُعاق، أو مُتقاعد، أو مُتوفى، ويحصل طفله على إعانات الضمان الاجتماعي
			الدخل من أي مصدر آخر	يتلقى الطفل دخلًا منتظمًا من صندوق معاشات تقاعدية خاص، أو من المعاش السنوي، أو من صندوق الائتمان