

Заявление для определения соответствия дохода условиям участия (Enrollment Income Eligibility Application, EIEA) в Программе обеспечения питания в учреждениях ухода за детьми и взрослыми (Child and Adult Care Food Program, CACFP)

ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ДЕТЯХ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)									
Имя ребенка	Дата рождения	Возраст	Дни посещения	Время прибытия	Время отбытия	Обедите приемы пищи и перекусы, которые обычно получает ребенок	Поставьте галочку ниже, если ребенок приемный		
			Вс. Пн. Вт. Ср. Чт. Пт. Сб.			Завтрак Дневной перекус	Утренний перекус Ужин	Обед Вечерний перекус	<input type="checkbox"/>
			Вс. Пн. Вт. Ср. Чт. Пт. Сб.			Завтрак Дневной перекус	Утренний перекус Ужин	Обед Вечерний перекус	<input type="checkbox"/>
			Вс. Пн. Вт. Ср. Чт. Пт. Сб.			Завтрак Дневной перекус	Утренний перекус Ужин	Обед Вечерний перекус	<input type="checkbox"/>
			Вс. Пн. Вт. Ср. Чт. Пт. Сб.			Завтрак Дневной перекус	Утренний перекус Ужин	Обед Вечерний перекус	<input type="checkbox"/>
ЧАСТЬ 2. ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА, КОТОРЫЙ ПОЛУЧАЕТ ПОМОЩЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ BASIC FOOD, TANF ИЛИ FDPIR В ШТАТЕ WASHINGTON (WA). Если любой из членов домохозяйства получает такую помощь, это является основанием для предоставления детям из этого домохозяйства права на участие в программе. Если указывается номер дела или идентификационный номер, перейдите к части 5.						Номер дела или идентификационный номер			
ЧАСТЬ 3. ОБЩИЙ ГОДОВОЙ ДОХОД ДОМОХОЗЯЙСТВА ДО УПЛАТЫ НАЛОГОВ. Взрослый, подписывающий форму, должен указать последние четыре цифры своего номера социального страхования (Social Security Number, SSN) или поставить галочку в соответствующем поле, если SSN отсутствует. См. заявление согласно Закону о защите конфиденциальности данных и сведения об источниках дохода на обратной стороне этого листа. <small>(Расчет годового дохода в зависимости от частоты получения выплат: ежемесячно x 52, каждые 2 недели x 26, дважды в месяц x 24, ежемесячно x 12)</small>					ЧАСТЬ 4. ЭТНИЧЕСКОЕ И РАСОВОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)				
Перечень имен и фамилий всех членов вашего домохозяйства, включая приемных детей		Годовой заработок от работы до вычетов	Ежегодное пособие по соцобеспечению, алименты, пособие на детей	Выплаты по старости, пенсия, социальное страхование, прочее		<p>Мы обязаны попросить вас предоставить информацию о расе и этническом происхождении ваших детей. Эта информация помогает нам удостовериться, что мы предоставляем услуги всем группам нашего сообщества. Давать ответ в этом разделе необязательно. Это не повлияет на право ваших детей получать питание в период предоставления ухода.</p> <p>Этническое происхождение (выберите один вариант)</p> <input type="checkbox"/> Испаноговорящие или лица латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Не испаноговорящие и не лица латиноамериканского происхождения <p>Расовая группа (выберите один или несколько вариантов)</p> <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Смешанное расовое происхождение <input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайских или других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Чернокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Лица азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белые			
1.		\$/год	\$/год	\$/год					
2.		\$/год	\$/год	\$/год					
3.		\$/год	\$/год	\$/год					
4.		\$/год	\$/год	\$/год					
5.		\$/год	\$/год	\$/год					
6.		\$/год	\$/год	\$/год					
Количество членов домохозяйства		Последние 4 цифры SSN (поставьте галочку в поле, если SSN отсутствует) <input type="checkbox"/>							
ЧАСТЬ 5. ПОДПИСЬ И ЗАВЕРЕНИЕ ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ / ОПЕКУНА (ОБЯЗАТЕЛЬНО). ПОДПИСЬ ПОДТВЕРЖДАЕТ, ЧТО ВСЯ ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНОЙ И ТОЧНОЙ.									
«Я подтверждаю, что вся информация, приведенная в этом заявлении, является достоверной и здесь указаны все доходы. Я понимаю, что эта информация предоставляется в связи с получением федеральных средств и что должностные лица программы CACFP могут проверить эту информацию. Я осознаю, что в случае намеренного предоставления мной ложной информации участник/учреждение может лишиться пособий на питание и что меня могут привлечь к ответственности в соответствии с действующими законами штата и федеральными законами».									
Подпись _____		Имя печатными буквами _____			Дата _____				
Адрес _____			Город, штат, почтовый индекс _____			Номер телефона _____			
DO NOT FILL OUT – CENTER USE ONLY				CATEGORY		OSPI USE ONLY			
Institution Representative Signature _____ Date _____ INVALID WITHOUT SIGNATURE AND DATE (see back for effective date requirements)				<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 <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> AS OSPI Rep. _____			

Закон Richard B. Russell о национальной программе питания в школах требует предоставить в этом заявлении определенную информацию. Вы не обязаны предоставлять информацию, но если вы ее не предоставите, это может повлиять на количество средств, которые получает дошкольное учреждение вашего ребенка / поставщик услуг по уходу за ребенком. Вы должны указать последние четыре цифры номера социального страхования взрослого члена домохозяйства, который подписывает заявление. Последние четыре цифры номера социального страхования не требуются, если вы подаете заявление от имени приемного ребенка, указываете номер дела в программе Basic Food, Программе временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Программе распределения продуктов питания в индейской резервации (Food Distribution Program on Indian Reservation, FDIPIR) или другой идентификационный номер FDIPIR для вашего ребенка или указываете, что у взрослого члена домохозяйства, подписывающего заявление, нет номера социального страхования. Мы будем использовать вашу информацию для определения размера возмещения расходов на питание для дошкольного учреждения вашего ребенка / поставщика услуг по уходу за ребенком. Мы МОЖЕМ передавать информацию о вашем праве на участие в программах в сфере образования, здравоохранения и питания, чтобы помочь им оценить, финансировать или определить пособия в их рамках, аудиторам для проверки программ и сотрудникам правоохранительных органов, чтобы помочь им расследовать нарушения правил программы.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах, нормами и правилами Департамента сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в отношении гражданских прав в этом учреждении запрещена дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (в том числе гендерной самоидентификации и сексуальной ориентации), инвалидности, возраста, а также репрессии или преследования за предыдущую деятельность в области защиты гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на других языках. Люди с инвалидностью, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в уполномоченное агентство штата или местного самоуправления, которое управляет программой, или в Центр технологий и доступных ресурсов для обеспечения трудоустройства (Technology and Accessible Resources Give Employment Today, TARGET Center) при USDA по номеру (202) 720-2600 (голосовая связь и линия TTY) либо связаться с USDA через федеральную коммутаторную службу по номеру (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, податель должен заполнить форму AD-3027 — форму жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA. Ее можно получить онлайн (<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>), в любом офисе USDA, позвонив по номеру (866) 632-9992 или написав письмо в USDA. Письмо должно содержать имя, адрес, номер телефона подателя жалобы и достаточно подробное письменное описание предполагаемого дискриминационного действия, чтобы проинформировать заместителя секретаря по гражданским правам (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо подать в USDA одним из указанных ниже способов.

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

ПО ФАКСУ: (833) 256-1665 или (202) 690-7442

ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ: program.intake@usda.gov.

*** Используйте этот адрес, только если подаете жалобу на дискриминацию.**

Это учреждение предоставляет равные возможности.

Дата вступления EIEA в силу

Если учреждение использует дату подписи одного из родителей / опекуна как дату вступления в силу, представитель учреждения должен подписать форму в течение того же месяца, что и один из родителей, или в течение следующего месяца. Если представитель учреждения не подпишет EIEA в указанные сроки, в качестве даты вступления в силу должна использоваться дата подписи представителя учреждения.

Рекомендации по действительным номерам в программе TANF и Basic Food и контактные данные для получателей помощи в штате WA

<p>Состоит из 7–9 цифр, например 004235555. Можно опустить нули перед числом (например, 4235555). Может начинаться с 002, 003, 004, 005 или 05. Не включает буквы.</p>	<p>Не является номером социального страхования (если только это не номер дела племени). Не начинается с серии 200. Не является номером дела о предоставлении штатом пособия на уход за ребенком. Не является номером карточки для электронного перевода пособий (Electronic Benefits Transfer, EBT).</p>
--	--

<p>Номер службы поддержки клиентов Департамента социальных услуг и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS): (877) 501-2233</p>	<p>Сайт программ Basic Food и TANF: www.washingtonconnection.org</p>
--	---

Заработок от работы	Государственное денежное пособие, алименты, пособие на детей	Пенсия, выплаты по старости, прочие источники дохода	Источники дохода ребенка	Примеры
<ul style="list-style-type: none"> Оклад, зарплата, денежные премии Чистый доход от самозанятости (ферма или бизнес) <u>Для служащих в Вооруженных силах США</u> Основная зарплата и денежные премии (НЕ включает денежную надбавку за участие в боевых действиях, выплаты по Программе дополнительных надбавок для обеспечения прожиточного минимума семьи (Family Subsistence Supplemental Allowance, FSSA) и пособия на приватизированное жилье) Пособия на жилье вне базы, питание и одежду 	<ul style="list-style-type: none"> Пособия по безработице Компенсация за производственную травму Дополнительный социальный доход Денежная помощь от органов власти штата или органов местного самоуправления Выплата алиментов Выплата пособия на детей Пособия ветеранам Пособия баствующим 	<ul style="list-style-type: none"> Социальное страхование (включая пенсионное обеспечение работников железнодорожного транспорта и выплаты заболевшим антракозом) Частные пенсии или пособия по инвалидности Доходы от трастовых фондов или имущества Финансовая рента Инвестиционный доход Начисленные проценты Доход от сдачи имущества в аренду Регулярные денежные выплаты от лиц, не являющихся членами домохозяйства 	<p>Заработок от работы</p> <p>Социальное страхование — Выплаты по инвалидности — Пособия в связи с потерей кормильца</p> <p>Доход из любого другого источника</p>	<p>Ребенок, достигший трудоспособного возраста, имеет постоянную работу с полной или частичной занятостью, где получает зарплату или почасовую оплату.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ребенок имеет слепоту или инвалидность и получает пособия по социальному страхованию. Родитель имеет инвалидность, вышел на пенсию или умер, и его ребенок получает пособия по социальному страхованию. <p>Ребенок получает регулярный доход от частного пенсионного фонда, финансовой ренты или трастового фонда.</p>