

**Заява для визначення відповідності рівня доходу умовам участі (Enrollment Income Eligibility Application, EIEA) у Програмі забезпечення харчування в закладах догляду за дітьми й дорослими (Child and Adult Care Food Program, CACFP)**

ЧАСТИНА 1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДІТЕЙ (ОБОВ'ЯЗКОВО)							
Ім'я дитини	Дата народження	Вік	Дні відвідування	Час прибуття	Час відбуття	Прийоми їжі й перекуси, які зазвичай має дитина	Поставте позначку нижче, якщо дитина прийомна
			Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд			Сніданок Пообідній перекус	<input type="checkbox"/>
			Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд			Сніданок Пообідній перекус	<input type="checkbox"/>
			Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд			Сніданок Пообідній перекус	<input type="checkbox"/>
			Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд			Сніданок Пообідній перекус	<input type="checkbox"/>
<b>ЧАСТИНА 2. ЧЛЕН ДОМОГОСПОДАРСТВА, ЯКИЙ ОТРИМУЄ ДОПОМОГУ ЗА ПРОГРАМОЮ BASIC FOOD, TANF АБО FDIPIR У ШТАТІ WASHINGTON (WA).</b> Якщо будь-який член домогосподарства отримує допомогу за зазначеними програмами, діти, що проживають у такому домогосподарстві, мають право на участь у цій програмі. Якщо зазначаєте номер справи або ідентифікаційний номер, перейдіть до частини 5.						<b>Номер справи або ідентифікаційний номер</b>	
ЧАСТИНА 3. СУКУПНИЙ РІЧНИЙ ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА ДО СПЛАТИ ПОДАТКІВ.				ЧАСТИНА 4. ЕТНІЧНЕ Й РАСОВЕ ПОХОДЖЕННЯ ДІТЕЙ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)			
Доросла особа, яка підписує цю форму, має вказати останні чотири цифри свого номера соціального страхування (Social Security Number, SSN) або поставити позначку у відповідному місці, якщо в неї немає SSN. Див. заяву згідно із Законом про конфіденційність даних, а також інформацію про джерела доходу на звороті цього аркуша. (Розрахунок річного доходу відповідно до частоти отримання плати: щотижня x 52, що 2 тижні x 26, двічі на місяць x 24, щомісяця x 12)				Ми зобов'язані попросити вас надати інформацію про расове й етнічне походження ваших дітей. Ця інформація допоможе нам переконатися, що ми забезпечимо повноцінне обслуговування нашої громади. Заповнювати цей розділ необов'язково. Це не вплине на право ваших дітей отримувати харчування за програмою.  Етнічне походження (виберіть один варіант): <input type="checkbox"/> Іспаномовні або особи латиноамериканського походження <input type="checkbox"/> Не іспаномовні й не особи латиноамериканського походження  Расова група (виберіть один або кілька варіантів): <input type="checkbox"/> Американські індіанці або корінні жителі Аляски <input type="checkbox"/> Змішане расове походження <input type="checkbox"/> Корінні жителі Гаваїв або тихоокеанських островів <input type="checkbox"/> Чорношкірі або афроамериканці <input type="checkbox"/> Особи азійського походження <input type="checkbox"/> Білі			
Зазначте імена та прізвища всіх членів вашого домогосподарства, включно з прийомними дітьми	Річний зарібок від роботи до відрахувань	Річна сума матеріальної допомоги, аліментів, допомоги на дітей	Пенсійні виплати, виплати в межах соціального забезпечення, інше				
1.	\$/рік	\$/рік	\$/рік				
2.	\$/рік	\$/рік	\$/рік				
3.	\$/рік	\$/рік	\$/рік				
4.	\$/рік	\$/рік	\$/рік				
5.	\$/рік	\$/рік	\$/рік				
6.	\$/рік	\$/рік	\$/рік				
Кількість членів домогосподарства	Останні 4 цифри SSN (поставте позначку у квадраті, якщо не маєте SSN)			<input type="checkbox"/>			
ЧАСТИНА 5. ПІДПИС І ПІДТВЕРДЖЕННЯ ОДНОГО З БАТЬКІВ / ОПІКУНА (ОБОВ'ЯЗКОВО). ПІДПИС ПІДТВЕРДЖУЄ, ЩО ВСЯ НАДАНА ІНФОРМАЦІЯ Є ПРАВИЛЬНОЮ І ТОЧНОЮ.							
«Я підтверджую, що вся інформація, наведена в цій заяві, є достовірною і що тут зазначено всі доходи. Я розумію, що інформація надається у зв'язку з отриманням федеральних коштів, а тому працівники програми CACFP можуть виконати її верифікацію (перевірку). Мені відомо, що, якщо я свідомо надам неправдиву інформацію, учасник або заклад може втратити право на допомогу з харчуванням, а мене може бути притягнуто до відповідальності згідно із чинним законодавством штату й федеральним законодавством».							
Підпис _____		Ім'я та прізвище друкуючими літерами _____			Дата _____		
Адреса _____		Місто, штат, поштовий індекс _____			Номер телефону _____		
DO NOT FILL OUT – CENTER USE ONLY				CATEGORY		OSPI USE ONLY	
_____ Institution Representative Signature Date				<input type="checkbox"/> Free (Basic Food/TANF/FDIPIR) <input type="checkbox"/> Free (foster child(ren))		Total Annual Income \$ _____ <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Above-Scale	
<b>INVALID WITHOUT SIGNATURE AND DATE</b> (see back for effective date requirements)						<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> AS _____ OSPI Rep.	

**Закон Richard B. Russell про національну програму харчування в школі** вимагає надання певної інформації в цій заяві. Ви не зобов'язані надавати цю інформацію, однак якщо ви цього не зробите, це може вплинути на кошти, які отримає ваш заклад або постачальник послуг догляду за дитиною. Ви маєте вказати останні чотири цифри номера соціального страхування дорослого члена домогосподарства, який підписує цю заяву. Останні чотири цифри номера соціального страхування не потрібно вказувати, якщо ви подаєте заяву від імені прийомної дитини, укажете номер справи учасника програми Basic Food, Програми тимчасової допомоги малозабезпеченим сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) або Програми розподілу продуктів харчування в індіанській резервації (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) чи інший ідентифікатор учасника програми FDIPIR, закріплений за вашою дитиною, або коли ви зазначаєте, що дорослий член домогосподарства, який підписує заяву, не має номера соціального страхування. Ця інформація потрібна нам, щоб визначити розмір відшкодування витрат на харчування для вашого закладу або постачальника послуг догляду за дитиною. Ми **МОЖЕМО** передавати вашу інформацію про право на участь у програмі іншим програмам у галузі освіти, охорони здоров'я та харчування, щоб допомогти їм здійснювати оцінювання, виділення коштів або визначення пільг для їхніх програм, а також аудиторам, які проводять перевірки програм, і представникам правоохоронних органів, щоб посприяти розслідуванню порушень правил програми.

Відповідно до федерального законодавства про громадянські права та правил і політики Департаменту сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) щодо громадянських прав, цій установі заборонено дискримінувати за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі (зокрема гендерної самоідентифікації та сексуальної орієнтації), інвалідності, віку, а також здійснювати репресії або мститися за попередню діяльність у сфері захисту громадянських прав.

Інформація про програму може бути доступна іншими мовами. Особи з інвалідністю, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (як-от використання шрифту Брайля, великого шрифту, аудіозапису, американської жестової мови), повинні звернутися до вповноваженого органу штату або місцевого органу, що керує програмою, або до Центру технологій і доступних ресурсів для забезпечення працевлаштування (Technology and Accessible Resources Give Employment Today, TARGET Center) USDA за номером (202) 720-2600 (голосовий зв'язок і лінія TTY) чи зв'язатися з USDA через федеральну службу комутованих повідомлень за номером (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу про дискримінацію в межах програми, скаржник повинен заповнити форму AD-3027 «Форма скарги на дискримінацію з боку програми USDA». Її можна отримати онлайн (<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>), у будь-якому офісі USDA, зателефонувавши за номером (866) 632-9992 або написавши листа на адресу USDA. Лист має містити ім'я та прізвище, адресу, номер телефону скаржника й достатньо докладний письмовий опис імовірної дискримінаційної дії, щоб повідомити заступника секретаря з громадянських прав (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надати USDA в один із наведених нижче способів.

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

**ФАКС:** (833) 256-1665 або (202) 690-7442

**\* Використовуйте цю адресу тільки для подання скарг на дискримінацію.**

**АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Ця установа забезпечує рівні можливості.**

#### Дата набрання чинності EIEA

**Якщо установа вважає дату підпису одного з батьків / опікуна датою набрання чинності, представник установи має підписати форму в тому ж або наступному місяці, що й один із батьків. Якщо представник установи не підпише EIEA протягом цього строку, датою набрання чинності має вважатися дата його підпису.**

#### Правила зазначення номера учасника програми TANF або Basic Food і контактні дані для отримувачів допомоги в штаті Washington

Складається із семи-дев'яти цифр, наприклад 004235555.  
Можна не зазначати нулі, що стоять на початку номера, і вказати його таким чином: 4235555.  
Може починатися з 002, 003, 004, 005 або 05.  
Не містить літер.

Не є номером соціального страхування (крім випадків, коли це номер справи учасника програми для племен).  
Не починається із серійного номера 200.  
Не є номером справи отримувача допомоги штату на догляд за дитиною.  
Не є номером картки в системі електронного переказу грошової допомоги (Electronic Benefits Transfer, EBT).

**Номер відділу обслуговування клієнтів Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services, DSHS): (877) 501-2233**

**Сайт програм Basic Food і TANF: [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)**

Заробіток від роботи	Державна матеріальна допомога, аліменти, допомога на дітей	Пенсійні виплати, інші джерела доходу	Джерела доходу дитини	Приклади
<ul style="list-style-type: none"> <li>Заробітна плата, погодинна оплата праці, грошові премії</li> <li>Чистий дохід самозайнятих осіб (фермерів або підприємців) <u>Для військовослужбовців Збройних сил США</u></li> <li>Базовий оклад і грошові премії (НЕ входять бойові виплати, виплати за Програмою додаткових надбавок для забезпечення прожиткового мінімуму сім'ї (Family Subsistence Supplemental Allowance, FSSA) або компенсація витрат на приватизоване житло)</li> <li>Компенсація витрат на проживання за межами бази, харчування та одяг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Допомога по безробіттю</li> <li>Компенсація працівникам за травму, отриману на робочому місці</li> <li>Додатковий соціальний дохід</li> <li>Грошова допомога від органів штату чи органів місцевого самоврядування</li> <li>Аліменти</li> <li>Допомога на дітей</li> <li>Виплати для ветеранів</li> <li>Виплати для страйкарів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Виплати в межах соціального забезпечення (зокрема для працівників залізничного транспорту, що вийшли на пенсію, і шахтарів із пневмоконіозом)</li> <li>Виплати за приватними пенсійними програмами або пенсія у зв'язку з інвалідністю</li> <li>Дохід від трастових фондів або довірчої власності</li> <li>Щорічна рента</li> <li>Інвестиційний дохід</li> <li>Нараховані відсотки</li> <li>Дохід від оренди</li> <li>Регулярні грошові виплати від осіб, які не проживають у домогосподарстві</li> </ul>	<p>Заробіток від роботи</p> <p>Соціальне страхування: - виплати у зв'язку з інвалідністю - виплати у зв'язку з утратою годувальника</p> <p>Дохід з інших джерел</p>	<p>Дитина, що досягла передбаченого законодавством працездатного віку, має регулярну роботу з повною або неповною зайнятістю, на якій отримує заробітну плату або погодинну оплату праці.</p> <p>• Дитина незряча або має інвалідність та отримує соціальні виплати. • Один із батьків має інвалідність, є пенсіонером або помер, а дитина отримує соціальні виплати.</p> <p>Дитина отримує регулярний дохід із приватного пенсійного фонду, від щорічної ренти або трастового фонду.</p>