**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 بشكلٍ طبيعي** | **ضع علامة أدناه إذا كان الطفل بالتبني** |
|  |  |  | الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت |  |  | الإفطار صباحًا وجبة خفيفة الغداء  مساءً. وجبة خفيفة العشاء في المساء. وجبة خفيفة |  |
|  |  |  | الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت |  |  | الإفطار صباحًا وجبة خفيفة الغداء  مساءً. وجبة خفيفة العشاء في المساء. وجبة خفيفة |  |
|  |  |  | الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت |  |  | الإفطار صباحًا وجبة خفيفة الغداء  مساءً. وجبة خفيفة العشاء في المساء. وجبة خفيفة |  |
|  |  |  | الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت |  |  | الإفطار صباحًا وجبة خفيفة الغداء  مساءً. وجبة خفيفة العشاء في المساء. وجبة خفيفة |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **الجزء 2- أحد أفراد الأسرة الذي يتلقى الغذاء الأساسي/المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة / برنامج توزيع المواد الغذائية على الحجوزات الهندية في ولاية WA- يمكن لأيّ فرد من أفراد الأسرة يتلقى إعانات تُثبت أهلية الأطفال في الأسرة. في حال إدراج رقم الحالة أو المُعرف، يُرجى التخطي إلى الجزء 5.** | **رقم الحالة أو رقم المُعرف** |

|  |  |
| --- | --- |
| **الجزء 3 - إجمالي الدخل السنوي للأسرة** يتعين على الشخص البالغ الذي يُوقع النموذج أن يُدرج 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 الأخر من هذه الصفحة*  ***(*تحويل الدخل السنوي حسب تكرار مرات السداد: أسبوعيًا × 52، كل أسبوعين × 26، مرتان شهريًا × 24، شهريًا × 12)** | **الجزء 4 - الهويات العرقية والجنسية للأطفال (اختياري)** |

|  |
| --- |
| يتوجب علينا طلب معلومات حول عرق أطفالك وأصولهم الإثنية. تساعدنا هذه المعلومات على التأكُّد من أننا نُقدِّم خدماتنا لمجتمعنا بشكلٍ كامل. يُعدَّ الرد على هذا القسم اختياريًا، ولن يؤثر على أهلية أطفالك لتلقِّي وجبات الطعام أثناء الرعاية.  العِرق (حدد اختيارًا واحدًا):   من أصل أسباني أو لاتيني  ليس من أصل أسباني أو لاتيني  الجنس البشري (حدد اختيارًا واحدًا أو أكثر):   هندي أمريكي أو أحد سكان ألاسكا الأصليين  مُتعدد الأجناس  سكان هاواي الأصليون أو جزر المحيط الهادئ  ذا بشرة سوداء أو أمريكي من أصل أفريقي  آسيوي  ذا بشرة بيضاء |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اذكر الأسماء (الأول والأخير) لجميع أفراد أسرتك، بما في ذلك الأطفال بالتبني** | **الأرباح السنوية من العمل قبل الاستقطاعات** | **الرعاية الاجتماعية السنوية، والنفقة، وإعالة الأطفال** | **التقاعد، والمعاشات التقاعدية، والضمان الاجتماعي، أخرى** |
| 1. | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا |
| 2. | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا |
| 3. | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا |
| 4. | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا |
| 5. | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا |
| 6. | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا | دولار /سنويًا |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عدد أفراد الأسرة |  | آخر 4 أرقام تأمين اجتماعي (SSN) (ضع علانة تحديد في حالة عدم وجود رقم ضمان اجتماعي (SSN)) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **الجزء 5 - توقيع ولي الأمر/الوصي، والشهادة-(مطلوب) يُؤكد 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   **INVALID WITHOUT SIGNATURE AND DATE**  (see back for effective date requirements) | Free (Basic Food/TANF/FDPIR)  Free (foster child(ren) | Total Annual Income $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Free  Reduced-Price  Above-Scale | Free Reduced  AS  **­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  OSPI Rep. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| يتطلب **(Richard B. Russell National School Lunch Act) قانون ريتشارد ب. راسل الوطني للغذاء المدرسي** للغداء 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 وقعَ على الطلب. الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عند التقدم بالإنابة عن طفل التبني أو عند إدراج رقم حالة ببرنامج الغذاء الأساسي أو المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) أو ببرنامج توزيع الأغذية على الحجوزات الهندية (FDPIR) أو مُعرفبرنامج توزيع الأغذية على الحجوزات الهندية)Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) آخر لطفلك أو عندما تُشير إلى أن فرد الأسرة البالغ الذي يُوقع الطلب ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سنستخدم معلوماتك لتحديد مقابلالو جبة لمُقدم الرعاية أو مركز رعاية الطفل الخاص بك. يجوز لنا مشاركة معلومات أهليتك 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 الجنسانية والميل الجنسي) أو الإعاقة أو العمر أو الثأر 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 2600-720 (202) (الصوتي وجهاز اتصالات الصُم) أو اتصل بـ USDA من خلال خدمة التحويل الفيدرالية 8339-877 (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 9992-632 (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: | | |
| **البريد\*:** U.S. Department of Agriculture  Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  1400 Independence Avenue, SW  Washington, D.C. 20250-9410؛ أو | **الفاكس:** 1665-256 (833) أو 7442-690 (202)؛ أو  **البريد الإلكتروني:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) | **\*لا تستخدم هذا العنوان إلا عند تقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز.** |
| **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 وقعَ 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** | |
| 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 أيّ حروف | ليس رقم ضمان اجتماعي (ما لم يكن رقم حالة قبلية).  لا يبدأ برقم تسلسلي 200  ليس رقم حالة لرعاية الأطفال التي تدفعها الدولة  ليس رقم بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية (Electronic Benefits Transfer, EBT) |
| **رقم خدمة عملاء إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (Department of Social and Health Services- DSHS): 2233-501 (877)** | **موقع الويب للأغذية الأساسية وTANF: www.washingtonconnection.org** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 التكميلي العائلي (Family Subsistence Supplemental Allowance)، أو بدلات السكن المُخصخصة)  • بدلات السكن والطعام والملبس خارج الأساسي | • إعانات البطالة  • تعويضات العمال  • 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 الرئة السوداء)  • المعاشات التقاعدية الخاصة أو إعانات العجز  • الدخل من الصناديق الاستئمانية أو العقارات  • المعاشات  • دخل الاستثمار  • الفوائد المُكتسبة  • دخل الإيجار  • مدفوعات نقدية منتظمة من خارج الأسرة | الأرباح من العمل | لدى الطفل في سن العمل القانوني وظيفة منتظمة بدوامٍ كامل أو جزئي حيث يحصل على راتب أو أجر |
| الضمان الاجتماعي  -مدفوعات الإعِاقة  -إعانات الناجين | • طفل كفيف أو مُعاق، ويحصل على مُخصصات الضمان الاجتماعي  • أحد الوالدين مُعاق، أو مُتقاعد، أو مُتوفى، ويحصل طفله على إعانات الضمان الاجتماعي |
| الدخل من أيّ مصدر آخر | يتلقى الطفل دخلاً منتظمًا من صندوق معاشات تقاعدية خاص، أو من المعاش السنوي، أو من صندوق الائتمان |