

نموذج أهلية الدخل لمراكز رعاية الطفل

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

برنامج الرعاية الغذائية للأطفال والبالغين

(Child and Adult Care Food Program)

انظر التعليمات في الجهة الخلفية.

اسم مركز رعاية الطفل

اكتب بأحرف واضحة اسم الطفل (الأطفال) المسجل في مركز رعاية الطفل هذا

3.

2.

1.

أكمل القسم "ب" إذا لم يكن هناك أحد في أسرته مشاركًا في SNAP أو يتلقى TANF أو مشاركًا في FDPIR أو إذا لم يكن أي من الأطفال المسجلين في مركز رعاية الطفل ممن يتلقون الرعاية البديلة.

القسم "ب"

اذكر كل أفراد الأسرة أدناه. ضمّن نفسك وجميع البالغين والأطفال غير المذكورين أعلاه، حتى إن كانوا لا يحصلون على دخل. ثم اذكر جميع الدخول التي تلقتها الأسرة في الشهر الماضي في العمود الأيسر. يشمل الدخل الإجمالي: الأموال المكتسبة من عمل أو معاش أو تقاعد أو ضمان اجتماعي أو إعالة طفل أو دخل خاص بالرعاية البديلة أو أي مصادر دخل أخرى.

إجمالي الراتب الشهري

إسم فرد الأسرة

1. دولار
2. دولار
3. دولار
4. دولار
5. دولار
6. دولار
7. دولار

يجب أن يوقع فرد بالغ من أفراد الأسرة على الطلب قبل أن يتم قبوله. بعد قراءة البيان التالي والبيان الموجود بالخلف، وقّع أدناه.

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وأنه تم الإبلاغ عن جميع الدخول. وأدرك أن المركز سيحصل على تمويلات فيدرالية بناءً على المعلومات التي أقدمتها.

التوقيع

الاسم بأحرف واضحة

آخر أربعة (4) أرقام

من رقم الضمان

الاجتماعي

التاريخ

--	--	--	--

أكمل القسم "أ" إذا كان أحد أفراد أسرته

1. مشاركًا في برنامج الإعانة الغذائية التكميلية (SNAP)

2. أو يتلقى الإعانات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)

3. أو مشاركًا في برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDPIR) أو

4. طفلاً يتلقى رعاية بديلة

القسم "أ"

رقم حالة SNAP

رقم TANF

رقم FDPIR

أسماء الأطفال الذين يتلقون الرعاية البديلة

يجب أن يوقع فرد بالغ من أفراد الأسرة على الطلب قبل أن يتم قبوله. بعد قراءة البيان التالي والبيان الموجود بالخلف، وقّع أدناه.

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة. وأدرك أن المركز سيحصل على تمويلات فيدرالية بناءً على المعلومات التي أقدمتها.

التوقيع

التاريخ

يكمل هذا الجزء مركز رعاية الطفل

رقم اتفاقية برنامج الرعاية الغذائية للأطفال والبالغين (CACFP)

العدد الإجمالي لأفراد الأسرة (بما في ذلك الأطفال المتلقين للرعاية البديلة، إن كان منطبقًا)

إجمالي دخل الأسرة دولار

مجانية مخفضة مدفوعة

تاريخ اتخاذ القرار

توقيع أحد موظفي المركز

هذه المؤسسة هي مقدم خدمة يلتزم باتباع مبدأ تكافؤ الفرص.

بيان قانون الخصوصية: يتطلب قانون ريتشارد ب. راسل الوطني للغذاء المدرسي (Richard B. Russell National School Lunch Act) المعلومات المطلوبة في هذا النموذج. لست مضطراً إلى تقديم المعلومات، ولكن إذا لم تقدمها، فلا يمكننا الموافقة على تقديم وجبات مجانية أو بأسعار مخفضة للمشارك. يجب أن تدرج آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي لفرد الأسرة البالغ الذي يوقع على النموذج. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب عند: تقديمك للطلب نيابة عن طفل يتلقى رعاية بديلة؛ أو توفيرك لرقم SNAP أو TANF أو FDPIR؛ أو عند توضيحك أن فرد الأسرة البالغ الموقع على النموذج ليس لديه رقم ضمان اجتماعي. سنستخدم معلوماتك من أجل تحديد إذا كان المركز مؤهلاً للحصول على تعويض مقابل تكاليف الوجبات المجانية أو مخفضة السعر أم لا ومن أجل إدارة البرنامج وتنفيذه.

تعليمات لإكمال DOH-3688

تعريف الدخل

الدخل يعني مقدار الدخل قبل خصم ضريبة الدخل وضريبة الضمان الاجتماعي وأقساط التأمين والمساهمات الخيرية والسندات وما إلى ذلك. ويشمل الآتي: (1) التعويض النقدي مقابل الخدمات، بما في ذلك الأجور أو المرتبات أو العمولات أو الرسوم؛ و(2) صافي الدخل من العمل للحساب الخاص في المجال غير الزراعي؛ و(3) صافي الدخل من العمل للحساب الخاص في المجال الزراعي؛ و(4) مدفوعات الضمان الاجتماعي؛ و(5) أرباح الأسهم أو الفوائد على المدخرات أو السندات أو الإيرادات من التراكات أو صناديق الائتمان أو صافي إيرادات الإيجار؛ و(6) تعويض البطالة؛ و(7) التقاعد العسكري أو تقاعد الموظفين المدنيين الحكوميين أو معاشاتهم أو مدفوعات المحاربين القدماء؛ و(8) المعاشات أو الدفعات السنوية الخاصة؛ و(9) مدفوعات النفقة أو إعالة الأطفال؛ و(10) المساهمات المنتظمة من أشخاص لا يعيشون مع الأسرة؛ و(11) صافي العائدات؛ و(12) الاستحقاقات العسكرية التي تحصل عليها نقداً، مثل بدل السكن إلا إذا كنت في مبادرة خصخصة الإسكان العسكري؛ و(13) أي دخل نقدي آخر.

تعريف الأسرة

الأسرة تعني **العائلة** وفقاً للتعريف الوارد في الباب السابع من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) القسم 22.6.2. **العائلة** تعني مجموعة مكونة من أفراد أقارب أو غير أقارب لا يعيشون في مؤسسة ما أو نزل، ولكن يعيشون كوحدة اقتصادية واحدة.

تعليمات للوالدين أو الأوصياء

اكتب اسم مركز رعاية الطفل في المساحة الموفرة.

اكتب بأحرف واضحة اسم كل طفل في أسرتك يحضر إلى مركز رعاية الطفل هذا.

القسم "أ": إذا كان أي شخص في أسرتك يشارك في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، أو يتلقى الإعانات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو يشارك في برنامج توزيع الغذاء في المحميات الهندية (FDPIR)، فأكمل القسم "أ" فقط. اكتب رقم SNAP أو TANF أو FDPIR (لا تكتب رقم إعانة رعاية الطفل الخاصة بإدارة خدمات الأطفال (ACS) أو إدارة الخدمات الاجتماعية (DSS)). ثم قم بتوقيع النموذج وتاريخه وإعادته إلى مركز الرعاية النهارية.

الأطفال الذين يتلقون الرعاية البديلة: إذا كانت أسرتك تشمل على طفل يتلقى الرعاية البديلة ويحضر إلى مركز رعاية الأطفال، فاكتب اسمه.

القسم "ب": أكمل هذا القسم إذا لم تكمل القسم "أ". اكتب اسمك وأسماء جميع البالغين والأطفال الآخرين في الأسرة، بما في ذلك الأشخاص غير الأقارب، حتى لو لم يكن لديهم أي دخل. لا تُضمّن الأطفال في مركز رعاية الطفل المدرجين في أعلى النموذج.

أدخل مقدار الدخل الذي حصل عليه كل شخص الشهر الماضي، قبل خصم الضرائب أو أي شيء آخر. قم بالرجوع إلى "تعريف الدخل" و"تعريف الأسرة" أعلاه. إذا كان أي مبلغ في الشهر الماضي أكثر أو أقل من المعتاد، فاكتب الدخل المعتاد لذلك الشخص.

مطلوب آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ الذي يوقع على الإقرار. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فاكتب لا يوجد. يجب أن يوقع على النموذج أحد أفراد الأسرة البالغين.

تعليمات للرعاة والمراکز

يجب أن يكمل قسم **"يكمل هذا الجزء مركز رعاية الطفل"** الراعي أو أحد موظفي المركز ويوقعه ويؤرخه. يجب على الراعي/ممثل المركز مراجعة نموذج أهلية الدخل والتأكد من إكماله كما هو موضح في التعليمات أعلاه. ثم حدد ما يلي:

رقم اتفاقية CACFP.

العدد الإجمالي لأفراد الأسرة – لا يلزم إكمال هذا العنصر إذا أكمل أحد الوالدين القسم "أ". أضف هؤلاء المشار إليهم في القسم "ب" (إذا تم إكماله) إلى الأطفال المسجلين في مركز رعاية الأطفال وعدد الأطفال الذين يتلقون رعاية بديلة، إذا كان منطبقاً.

إجمالي دخل الأسرة – لا يلزم إكمال هذا العنصر إذا أكمل أحد الوالدين القسم "أ". حدد إجمالي الدخل الشهري كما تم حسابه في القسم "ب". إذا اختار أحد الوالدين عدم الكشف عن الدخل، يجب تصنيف النموذج على أنه مدفوع.

عدد المستفيدين من الوجبات المجانية أو المخفضة أو المدفوعة – قارن بين إجمالي دخل الأسرة والعدد الإجمالي لأفراد الأسرة مع إرشادات أهلية الدخل (CACFP-3687) للعام الحالي لتحديد إذا كان ينبغي تصنيف حالة الأسرة على أنها مجانية أم مخفضة أم مدفوعة. استخدم العمود المناسب في نموذج CACFP-3687 لتصنيف دخلهم. فعلى سبيل المثال، إذا أشار أحد الوالدين إلى مقدار دخله كل أسبوعين، اضرب هذا المبلغ في 26 لتحديد الدخل السنوي.

يتم تصنيف النماذج غير المكتملة (التي تنقصها التوقعات أو معلومات الدخل أو الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي أو أرقام SNAP أو TANF أو FDPIR) على أنها مدفوعة.

إن نموذج أهلية الدخل سارٍ حتى آخر يوم من شهر التوقيع بعد سنة تقويمية واحدة من تاريخ التوقيع من قبل فرد الأسرة. على سبيل المثال، النموذج الموقع في 12 مايو 2023 صالح حتى 31 مايو 2024.