

Modulo di idoneità reddituale per i centri di assistenza per adulti

Legga le ISTRUZIONI sul retro.

Nome del centro _____

Nome dell'adulto in assistenza _____

Parte 1. Compili questa parte se un membro del Suo nucleo familiare riceve il Programma di assistenza alimentare integrativa (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), i Servizi di assistenza temporanea a famiglie bisognose (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), il Programma di distribuzione di cibo nelle riserve indiane (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) o se Lei beneficia di Reddito previdenziale supplementare (Supplemental Security Income, SSI) o Medicaid. Poi salti alla Parte 3.

Numero pratica SNAP _____ Numero pratica SSI _____

Numero TANF _____ Numero pratica Medicaid _____

Numero FDIPIR _____

Parte 2a. Compili questa parte solo se non ha compilato la Parte 1. Elenchi se stesso/a, il Suo coniuge ed eventuali familiari a carico che vivono nel Suo nucleo familiare. Elenchi poi tutti i redditi percepiti il mese scorso nel Suo nucleo familiare.

Nome dei membri del nucleo familiare	Retribuzione lorda (prima delle detrazioni)		Sussidi mensili, assegno per minori, alimenti	Reddito mensile da pensione, congedo, previdenza sociale	Altro reddito mensile
	Impiego #1	Impiego #2			
1 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Parte 2b. Se la Parte 2a è stata compilata, questo modulo deve indicare il nome e le ultime quattro cifre del SSN dell'adulto che firma la Parte 3. Se l'adulto non dispone di alcun SSN, inserire "NONE" (nessuno) nello spazio fornito.

Nome _____ SSN (ultime 4 cifre) _____

Parte 3. Dopo aver letto la dichiarazione seguente e quella sul retro, firmi qui sotto.

Certifico che le informazioni di cui sopra sono veritiere e corrette e che tutti i redditi sono stati dichiarati. Prendo atto del fatto che il centro otterrà fondi federali sulla base delle informazioni da me fornite.

Firma _____ Data _____

DA COMPILARE A CURA DELLO SPONSOR

Numero di contratto CACFP	Membri totali del nucleo familiare	Reddito totale \$	Esente <input type="checkbox"/>	Agevolato <input type="checkbox"/>	Pagante <input type="checkbox"/>
Firma del personale del centro			Data stabilita		

Questo ente garantisce a tutti pari opportunità.

Informativa sulla privacy: La Legge nazionale per le mense scolastiche Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) richiede le informazioni contenute in questo modulo. Lei non è tenuto/a a fornire le informazioni, ma se non lo fa, non potremo concedere al partecipante pasti gratuiti o a prezzi agevolati. Deve includere le ultime quattro cifre del SSN del membro adulto del nucleo familiare che firma il modulo. Il SSN non è richiesto se indica un numero pratica SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid per il partecipante o se il membro adulto del nucleo familiare che firma il modulo non ha un SSN. Useremo le Sue informazioni per determinare se il centro è idoneo per un rimborso dei pasti gratuiti o a prezzi agevolati e per la gestione e l'adozione del Programma.

Istruzioni per la compilazione del modulo DOH-3834

Definizione di reddito

Il termine *reddito* indica il reddito prima delle detrazioni per le imposte sul reddito, delle imposte per social security, dei premi assicurativi, dei contributi di beneficenza, delle obbligazioni, ecc. Esso include: (1) compensi monetari per servizi, inclusi salari, stipendi, commissioni o oneri; (2) reddito netto derivante da lavoro autonomo non agricolo; (3) reddito netto derivante da lavoro autonomo agricolo; (4) Pagamenti della previdenza sociale; (5) dividendi o interessi su risparmi o obbligazioni, redditi da patrimoni o società fiduciarie, o ricavi netti da locazione; (6) indennità di disoccupazione; (7) pensione di anzianità civile o militare, o pensioni o pagamenti ai veterani; (8) pensioni private o rendite; (9) alimenti o assegni per minori; (10) contributi regolari da persone che non vivono in casa; (11) diritti d'autore netti; (12) benefici militari in contanti, come l'indennità di alloggio, tranne in caso di partecipazione all'Iniziativa di privatizzazione degli alloggi militari (Military Housing Privatization Initiative); e (13) qualsiasi altra entrata in contanti.

Definizione di nucleo familiare

Il termine nucleo familiare indica la *famiglia* come definita nella Sezione 226.2. La *famiglia* è definita come il partecipante adulto, il coniuge e il o i familiari a carico del partecipante adulto, se risiedono con quest'ultimo.

Istruzioni per i richiedenti:

Scriva il nome del centro nello spazio fornito.

Scriva il nome in stampatello dell'adulto che frequenta questo centro.

PARTE 1: Se un membro del Suo nucleo familiare riceve SNAP, TANF, partecipa al FDPIR o se Lei riceve un SSI o Medicaid, compili la PARTE 1. Indichi il numero pratica SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid. Poi compili la PARTE 3 e restituisca il modulo al centro.

PARTE 2a: Compili questa sezione se non ha compilato la PARTE 1. Elenchi se stesso/a, il Suo coniuge ed eventuali familiari a carico che vivono nel Suo nucleo familiare. Elenchi poi tutti i redditi percepiti il mese scorso nel Suo nucleo familiare.

Inserisca l'ammontare del reddito percepito da ciascuna persona il **mese scorso**, prima della detrazione delle imposte o altro. Faccia riferimento alla Definizione di reddito e alla Definizione di nucleo familiare di cui sopra. Se uno o più importi del mese scorso sono stati superiori o inferiori al solito, indichi il reddito abituale di quella persona.

PARTE 2b: Se ha compilato la PARTE 2a, sono richieste le ultime quattro cifre del numero di Social Security (SSN) dell'adulto che firma la certificazione. Se non dispone di un SSN, scriva "none" (nessuno).

PARTE 3: Firmi e dati il modulo e lo consegni al centro.

Istruzioni per centri e sponsor:

La sezione "*For Sponsor Use Only*" (Da compilare a cura dello sponsor) deve essere compilata, firmata e datata dal personale del centro o dello sponsor. Il rappresentante dello sponsor / del centro deve esaminare il modulo di idoneità reddituale e assicurarsi che sia compilato secondo le istruzioni di cui sopra. Indicare poi quanto segue:

Il numero di contratto CACFP dello sponsor.

I membri totali del nucleo familiare - Questo campo non deve essere compilato se il partecipante ha compilato la PARTE 1.

Reddito totale - Questo campo non deve essere compilato se il partecipante ha compilato la PARTE 1. Indicare il reddito mensile totale risultante dalla PARTE 2a. Se il partecipante sceglie di non comunicare il reddito, il modulo deve essere classificato come *pagante*.

Esenti, Agevolati o Paganti - Confrontare il reddito totale del nucleo familiare con le CACFP-3687 Income Eligibility Guidelines (Linee guida sui requisiti di idoneità reddituale) dell'anno corrente per determinare se il nucleo familiare debba essere classificato come **Esente, Agevolato o Pagante**. Usare la colonna appropriata sulle CACFP-3687 per classificare il reddito. Ad esempio, se il partecipante ha indicato il reddito bisettimanale, moltiplicare questo importo per 26 per determinare il reddito annuale.

I moduli incompleti (assenza di firme, informazioni sul reddito, numeri pratiche SNAP, TANF, FDPIR, SSI o Medicaid) sono classificati nella categoria paganti.

Il rappresentante dello sponsor / del centro che determina l'idoneità deve apporre la data e la firma in calce al modulo.

Il modulo di idoneità reddituale è valido fino all'ultimo giorno del mese un anno solare dopo la data della firma. Ad esempio, un modulo firmato il 12 maggio 2019 è valido fino al 31 maggio 2020.