









إذا كنت تريد التأهل لتعويضات Tier I أو إذا كنت تريد الحصول على تعويض عن وجبات قُدمت لأطفالك بموجب برنامج الغذاء لدرور رعاية الاطفال والبالغين التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (CACFP)، ف عليك أن تملأ، توقع وتعيد البنا الإستمارة المرفقة والخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية.

1. **كيف يمكنني التأهل لتعويض Tier I مقابل وجبات غذائية مقدمة لأطفال مسجلين في منزلي؟** يجب عليك إما أن (أ) تعيش في منطقة مؤهلة بناءً على الحاجة الاقتصادية كما هي مقررّة بموجب التسجيلات المدرسية أو البيانات الاحصائية، أو (ب) إثبات الحاجة الاقتصادية بناءً على المعلومات التي تقدمها من خلال الإستمارة المرفقة والخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية.
2. **من الذي يقرر تأهيلي كمنزّل Tier I للرعاية النهارية؟** مكتبنا يقوم بذلك. سوف نستعمل المعلومات التي تقدمها في إستمارة معونات الوجبة الغذائية. تأكد من إكمال وتوقيع الإستمارة؛ قم بالتبليغ عن جميع دخل الأسرة (ليس فقط الدخل المتأتي من عملك المنزلي للرعاية النهارية)؛ وزودنا بوثائق كافية عن ذلك. **أعد الإستمارة والوثائق الأخرى الى: [at name, address, phone number].**
3. **ما نوع الوثائق التي أقدمها مع إستمارة معونات الوجبة الغذائية؟** إذا كنت تدير مركز عائلي للرعاية النهارية في منزلك العام الماضي، ألحق نسخة من آخر إعداد ضريبي بما فيه Schedule C. إذا كان آخر إعداد ضريبي و Schedule C غير دالين على ذلك بإمكانك تقديم وثائق عن ذلك وبنفقتك الحالية. ولعل ذلك، ضمنّ بيانات المدفوعات مقابل العمل وأشكال الدخل الأخرى. الأوراق التي ترسلها يجب ان تظهر اسم الشخص الذي إستلم الدخل، تأريخ الإستلام، المبلغ، وقررات الإستلام.
4. **كيف أحصل على تعويضات لوجبات أقمها لأطفالي؟** أنت ملزم قانونياً بملي هذه الإستمارة إذا كنت تريد الحصول على تعويض مقابل وجبات تقدم لأطفالك. حتى إذا كنت تعيش في منطقة تم تصنيفها بأنها ذات حاجة اقتصادية، أو إذا تم تصنيف منزلك على أنه منزل tier I، يجب أن تملأ هذه الإستمارة. قد يقوم مكتبنا بالتحقق من معلومات الدخل التي تقدمها.
5. **إذا لم أكن أعيش في منطقة مصنفة بأنها ذات حاجة اقتصادية، أو لا أريد تقديم إستمارة معونات الوجبة الغذائية، ما هي خياراتي لأجل الحصول على تعويض؟** ستحصل على نسب أقل من التعويض عن وجبات مقدمة لأطفال مسجلين في مركز عائلي للرعاية النهارية.
6. **هل سيتم التحقق في المعلومات التي أقدمها؟** ممكن. قد نطلب منك ارسال إثبات خطي للتحقق من المعلومات التي قدمتها في الإستمارة. ماذا إذا لم وافق على القرار بشأن المعلومات التي قدمتها في هذه الإستمارة؟ يجب ان تتحدث مع منظمتك الراعية.
7. **من يجب أن أذكر كعضو من أعضاء أسرتي؟** يجب أن تذكر جميع الأفراد الموجودين في منزلك (مثل الأجداد، أقرباء آخرون، أو أصدقاء يعيشون معك) ويشاركونك المصاريف والدخل. يجب أن تشمل نفسك وجميع الأطفال الذين يعيشون معك.
8. **كيف ابغ عن معلومات الدخل والتغيرات في الحالة الوظيفية؟** الدخل المبلغ عنه يجب أن يكون الدخل الاجمالي لكل من أفراد الأسرة في الشهر الماضي موبياً حسب المصدر. إذا كان دخل الشهر الماضي غير دقيق في وصف ظروفك، يمكنك أن تقدم تقديراً لدخلك الشهري المتوقع. إذا لم يكن هناك تغيير ملحوظ، تستطيع استخدام دخل الشهر الماضي كأساس لهذا التقدير. إذا كان دخل أسرتك مساوياً أو أقل من القيم المعطاه لحجم أسرتك على قائمة الدخل الملحقة فانك ستحصل على مستوى أعلى من التعويض. عندما تتم الموافقة المناسبة على الوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار، سواء كان ذلك بناءً على الدخل أو عن طريق تقديم أرقام ملفات سارية المفعول ل (FDPIR) (TANF) (SNAP)، ستبقى مؤهلاً للحصول على هذه المعونات لمدة 12 شهراً. لكن بكل الأحوال يجب عليك أن تبلغنا إذا أصبحت أنت أو أحد افراد أسرتك عاطلاً عن العمل بحيث يؤدي فقدان الدخل خلال فترة البطالة الى أن يكون دخل الأسرة ضمن معايير الأهلية.
9. **هل أستطيع أن أملأ الإستمارة إذا كان أحد أعضاء أسرتي غير أمريكي الجنسية؟** نعم. ليس بالضرورة أن تكون أنت أو أطفالك أمريكيي الجنسية .
10. **ماذا لو كان عندي أطفال متبنون؟** الاطفال المتبنون مؤهلون للحصول على وجبات مجانية بغض النظر عن دخلهم أو دخل الأسرة التي يقيمون معها. أي طفل متبنى في الأسرة مؤهل للحصول على وجبات مجانية بغض النظر عن الدخل. الأسر التي تود التقدم بطلب للحصول على هذا النوع من المعونات للأطفال المتبنين يجب عليها الإتصال ب: [name, address, phone number]. إضافة إلى ذلك، يمكن شمل الأطفال المتبنين كأعضاء في الأسرة كي يمكن تحديد أهلية أطفال الأسرة الآخرين في الحصول على وجبات غذائية مجانية أو بأسعار مخفضة.
11. **نحن في العسكرية، هل علينا ذكر المخصصات السكنية والتكتميلية كدخل؟** إذا كان اسكانك يعتبر جزء من مبادرة الخصخصة للإسكان العسكري وتسلم مخصصات تكتميلية لإعاشة الأسرة، لا تشمل هذه المخصصات في الدخل. إضافة إلى ذلك، بالنسبة للعسكريين الذين يتم نشرهم خارج البلاد، يتم فقط حساب ذلك الجزء من الدخل المرسل لأسرهم منهم أو نياية عنهم كدخل للأسرة. دخل المساهمة في المعركة، بما فيها الحوافز المدفوعة لتمديد فترة الإنتشار (DEIP) أيضاً مستثنى ولا يتم حسابه كدخل للأسرة. جميع المخصصات الأخرى يجب أن تذكر كجزء من الدخل الاجمالي.

عندما يتعلق الأمر ببرامج CACFP، لن يتم ممارسة التمييز ضد أي شخص بسبب العرق، اللون، البلد الأصلي، الجنس، العمر أو الإعاقة.

إذا كانت لديك اسئلة أخرى أو تحتاج إلى مساعدة اتصل ب [Phone Number]

بكل إخلاص،

[Signature]





إرشادات لتعبئة إستمارة CACFP  
الخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية (مركز رعاية الأطفال)

اتبع الإرشادات التالية إذا كانت أسرتك تحصل على SNAP, TANF أو FDPIR:

- جزء 1: اذكر جميع الأطفال المسجلين وأعضاء الأسرة.
- جزء 2: اذكر رقم الملف لأي عضو من الأسرة (بمن فيهم البالغين) يستلم معونات الـ [State SNAP] أو [State TANF] أو [FDPIR].
- جزء 3: تخطى هذا الجزء.
- جزء 4: تخطى هذا الجزء.
- جزء 5: وقع الأستمارة. آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي غير ضرورية.
- جزء 6: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

إذا كنت مقدماً الطلب نيابة عن طفل متبنى فاتبع هذه الإرشادات:

إذا كان جميع الأطفال المعنيين بالطلب أطفالاً متبنين، أو إذا كنت متقدماً بطلب معونات للطفل المتبنى:

- جزء 1: اذكر جميع الأطفال المتبنين. قم بتأشير المربع الذي يدل على أن الطفل متبنى.
- جزء 2: تخطى هذا الجزء.
- جزء 3: تخطى هذا الجزء.
- جزء 4: تخطى هذا الجزء.
- جزء 5: وقع الأستمارة. رقم الضمان الاجتماعي غير ضروري.
- جزء 6: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

إذا كان بعض الاطفال في الأسرة متبنين.

- جزء 1: اذكر جميع الأطفال المسجلين وأعضاء الأسرة. للأشخاص الذين لا يحصلون على دخل، بمن فيهم الأطفال، يجب عليك أن تقوم بتأشير المربع "No Income". قم بتأشير المربع الذي يدل على أن الطفل متبنى.
- جزء 2: إذا لم يكن للأسرة رقم ملف، تخطى هذا الجزء.
- جزء 3: إذا كان اي طفل تقدم طلباً بشأنه مشرداً، مهاجراً، أو هارباً، قم بتأشير المربع المناسب واتصل ب: [Your school, homeless liaison, migrant coordinator]. إن لم يكن، تخطى هذا الجزء.
- جزء 4: اتبع هذه الإرشادات للإبلاغ عن دخل الأسرة الإجمالي لهذا الشهر أو الشهر الماضي.

**عمود أ- الأسم:** أذكر فقط الاسم الأول واللقب لكل شخص يعيش في منزلك والذي يشارك الدخل والمصاريف، قريباً كان أم لم يكن (مثل الاجداد، أقرباء آخرون، أو اصدقاء يعيشون معك) ممن يحصلون على دخل. يجب أن تشمل نفسك وجميع الأطفال الذين يعيشون معك. استعمل ورقة إضافية إذا اضطرت.

**عمود ب -الدخل الإجمالي وفترات الإستلام:** لكل فرد من أفراد الأسرة، اذكر نوع الدخل المستلم في الشهر. يجب أن تبلغنا بكيفية الإستلام - اسبوعياً، مرة كل اسبوعين، مرتين في الشهر، أو مرة في الشهر.

**مربع 1:** اذكر الدخل الاجمالي، وليس المبلغ الذي تأخذه للبيت. الراتب الاجمالي هو المبلغ المكتسب قبل الضرائب والمقطعات الاخرى. تستطيع ان تجده على صك الراتب أو يستطيع رئيسك في العمل اخبارك به.

**مربع 2:** اذكر دخل كل شخص للشهر من المساعدات الحكومية، اعالة الطفل، النفقة الزوجية.

**مربع 3:** اذكر الراتب التقاعدي، راتب الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي (SSI)، معونات العسكريين القدامى (VA)، مخصصات العجز.

**مربع 4:** اذكر جميع مصادر الدخل الاخرى بما فيها تعويضات الإصابة في العمل، البطالة، مخصصات الاضرار عن العمل، المساهمات الاعتيادية لأشخاص لايعيشون معك وأي دخل آخر. فقط للأشخاص أصحاب الأعمال الحرة، اذكر الدخل بعد المصاريف في مربع 1. مربع 4 هو لمشروعك التجاري، المزرعة أو ممتلكات الايجار. لا تشمل أي دخل تحصل عليه من SNAP, FDPIR, WIC أو المعونات الفدرالية للدراسة. إذا كنت مشاركاً بمبادرة خصخصة الاسكان العسكري أو تحصل على مدفوعات للمساهمة في المعركة، لا تذكر مخصصات السكن هذه كدخل.

**جزء 5:** يجب أن يوقع هذه الاستمارة شخص بالغ من اعضاء الأسرة وأن يذكر آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي أو تأشير المربع المناسب اذا لم يكن لديه هذا الرقم.

جزء 6: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.



إرشادات لتعبئة إستمارة CACFP  
الخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية (مركز رعاية الأطفال)

جميع الأسر الأخرى، بمن فيهم أسر ال WIC، اتبعوا الإرشادات التالية:

- جزء 1: اذكر جميع الأطفال المدرجين وأعضاء الأسرة. للأشخاص الذين لا يحصلون على دخل، بمن فيهم الأطفال، يجب عليك أن تقوم بتأشير المربع "No Income".
- جزء 2: تخطى هذا الجزء.
- جزء 3: تخطى هذا الجزء.
- جزء 4: اتبع هذه الإرشادات للإبلاغ عن دخلك لهذا الشهر أو الشهر الماضي.

**عمود أ - الأسم:** أذكر فقط الاسم الأول واللقب لكل شخص يعيش في منزلك والذي يشاركك الدخل والمصاريف، قريباً كان أم لم يكن (مثل الاجداد، أقرباء آخرون، أو اصدقاء يعيشون معك) ممن يحصلون على دخل. يجب أن تشمل نفسك وجميع الأطفال الذين يعيشون معك. استعمل ورقة إضافية اذا اضطرت.

**عمود ب - الدخل الإجمالي وفترات الإستلام:** لكل فرد من أفراد الأسرة، اذكر نوع الدخل المستلم في الشهر. يجب أن تبلغنا بكيفية الإستلام - اسبوعياً، مرة كل اسبوعين، مرتين في الشهر، أو مرة في الشهر.

**مربع 1:** اذكر **الدخل الإجمالي**، وليس المبلغ الذي تأخذه للبيت. الراتب الأجمالي هو المبلغ المكتسب قبل الضرائب والمقتطعات الأخرى. تستطيع ان تجده على صك الراتب أو يستطيع رئيسك في العمل اخبارك به.

**مربع 2:** اذكر دخل كل شخص للشهر من المساعدات الحكومية، اعالة الطفل، النفقة الزوجية.

**مربع 3:** اذكر الراتب التقاعدي، راتب الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي (SSI)، معونات العسكريين القدامى (VA)، مخصصات العجز.

**مربع 4:** اذكر **جميع مصادر الدخل الأخرى** بما فيها تعويضات الإصابة في العمل، البطالة، مخصصات الاضراب عن العمل، المساهمات الإعتيادية لأشخاص لايعيشون معك وأي دخل آخر. فقط للأشخاص أصحاب الأعمال الحرة، اذكر الدخل بعد المصاريف في مربع 1. مربع 4 هو لمشروعك التجاري، المزرعة أو ممتلكات الأيجار. لا تشمل أي دخل تحصل عليه من SNAP, FDIPIR, WIC أو المعونات الفدرالية للدراسة. اذا كنت مشاركاً بمبادرة خصخصة الاسكان العسكري أو تحصل على مدفوعات للمساهمة في المعركة، لا تذكر مخصصات السكن هذه كدخل.

**جزء 5:** يجب أن يوقع هذه الاستمارة شخص بالغ من اعضاء الأسرة وأن يذكر آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي أو تأشير المربع المناسب اذا لم يكن لديه هذا الرقم.

**جزء 6:** أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

هذا الجزء يشرح كيفية استعمال المعلومات التي تزودنا بها.

**نص بيان منع التمييز العنصري:** هذا الجزء يشرح ما الذي يجب ان تفعله اذا اعتقدت بأنك عوملت بطريقة غير عادلة.



## إرشادات لتعبئة إستمارة CACFP ألخاصة بأهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية (مركز رعاية البالغين)

اتبع الإرشادات التالية إذا كانت أسرتك تحصل على SNAP, SSI, FDPIR او Medicaid:

- جزء 1: فقط اذكر أسماء المشاركين البالغين.
- جزء 2: اذكر رقم الملف لأي عضو من الأسرة يستلم معونات [State SNAP] أو [FDPIR] أو [SSI] أو [Medicaid]
- جزء 3: تخطى هذا الجزء.
- جزء 4: وقع الأستمارة. آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي غير ضرورية.
- جزء 5: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

جميع الأسر الأخرى، اتبعوا الإرشادات التالية:

- جزء 1: اذكر فقط أسماء المشاركين البالغين. للمشاركين الذين لا يحصلون على دخل، يجب عليك أن تقوم بتأشير المربع "No Income".
- جزء 2: تخطى هذا الجزء.
- جزء 3: اتبع هذه الإرشادات للإبلاغ عن دخلك لهذا الشهر أو الشهر الماضي.

عمود أ-الاسم: أذكر الاسم الأول واللقب للمشاركين من البالغين وأزواجهم ومن يعتال عليهم ممن يعيشون في ويشاركونك الدخل والمصاريف.

عمود ب – الدخل الإجمالي وفترات الإستلام: لكل فرد من أفراد الأسرة من المشتركين وأزواجهم ومن يعتال عليهم. اذكر نوع الدخل المستلم في الشهر. يجب أن تبلغنا بكيفية الإستلام – اسبوعياً، مرة كل اسبوعين ، مرتين في الشهر، أو مرة في الشهر.

- مربع 1: اذكر الدخل الإجمالي، وليس المبلغ الذي تأخذه للبيت. الراتب الأجمالي هو المبلغ المكتسب قبل الضرائب والمقتطعات الأخرى. تستطيع ان تجده على صك الراتب أو يستطيع رئيسك في العمل اخبارك به.
- مربع 2: اذكر دخل كل شخص للشهر من المساعدات الحكومية، اعالة الطفل، النفقة الزوجية.
- مربع 3: اذكر الراتب التقاعدي، راتب الضمان الاجتماعي، مساعدات العسكريين القدامى(VA) ، ومخصصات العجز.
- مربع 4: اذكر جميع مصادر الدخل الأخرى بما فيها تعويضات الإصابة في العمل، البطالة، مخصصات الاضراب عن العمل، المساهمات الإعتيادية لأشخاص لايعيشون معك وأي دخل آخر. فقط للأشخاص أصحاب الأعمال الحرة، اذكر الدخل بعد المصاريف في مربع 1. مربع 4 هو لمشروعك التجاري، المزرعة أو ممتلكات الأيجار. لا تشمل أي دخل تحصل عليه من SNAP, FDPIR, WIC أو المعونات الفدرالية للدراسة. اذا كنت مشاركاً بمبادرة خصخصة الإسكان العسكري أو تحصل على مدفوعات للمساهمة في المعركة، لا تذكر مخصصات السكن هذه كدخل.

جزء 5: يجب أن يوقع هذه الأستمارة شخص بالغ من اعضاء الأسرة وأن يذكر آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي أو تأشير المربع المناسب اذا لم يكن لديه هذا الرقم.

جزء 6: أجب عن هذا السؤال إذا رغبت.

هذا الجزء يشرح كيفية استعمال المعلومات التي تزودنا بها.

نص بيان منع التمييز العنصري: هذا الجزء يشرح ما الذي يجب ان تفعله اذا اعتقدت بأنك عوملت بطريقة غير عادلة.





## استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية CACFP (مركز رعاية الأطفال)

جزء 1: جميع أفراد الأسرة			
أسم الطفل (الأطفال) المسجلين:			
أسماء جميع أفراد الأسرة (الاسم الأول، أول حرف للاسم الثاني، اللقب)	قم بالتأشير هنا اذا كان الطفل متبنى (تحت المسؤولية القانونية لوكالة ولغير أو المحكمة) * اذا كان جميع الأطفال المذكورين ادناه متبنين، تخطى هذا الجزء الى ان تصل الى الجزء 5 لتوقيع هذه الاستمارة.	قم بالتأشير هنا اذا لم يكن لك دخل	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
جزء 2. معونات: اذا كان اي عضو من أعضاء أسرتك يستلم معونات أعطي الاسم ورقم الملف للشخص المستلم للمعونات. اذا لم يكن هناك أي شخص يستلم معونة، تخطى الى جزء 3. الإسم: _____ رقم الملف: _____			
جزء 3. اذا كان أي طفل تقدم طلباً بشأنه مشرداً، مهاجراً أو هارباً قم بتأشير المربع المناسب واتصل ب هارب <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/> مشرد <input type="checkbox"/>			
جزء 4. إجمالي دخل الأسرة / يجب أن تخبرنا بالمبلغ و فترات الإستلام			
ب. إجمالي الدخل و فترات الإستلام			
أ. الأسم (أذكر اسماء اعضاء أسرتك فقط الذين لديهم دخل) (مثلاً) جين سميث	1 الدخل من العمل قبل المقتطعات	2. الوفير، اعالة الطفل، النفقة الزوجية	3. مخصصات المعاش، الراتب التقاعدي، الضمان الاجتماعي، معونات SSI, VA
	\$200 / أسبوعياً	\$150 / مرتين في الشهر	\$100 / شهرياً
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
جزء 5. التوقيع وآخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي ( يجب أن يقوم شخص بالغ بالتوقيع) يجب ان يوقع هذه الاستمارة شخص بالغ من اعضاء الأسرة. اذا كنت قد اتممت جزء 3، يجب على الشخص البالغ والموقع على الاستمارة تزويد آخر اربعة ارقام من رقم ضمانه الاجتماعي أو يقوم بتأشير مربع " ليس لدي رقم ضمان اجتماعي". (أنظر الى البيان في الجانب الخلفي لهذه الصفحة) أنا أقر أن جميع المعلومات الواردة في هذه الاستمارة صحيحة وانني قد قمت بالتبليغ عن كامل الدخل. أنا اعرف أن المركز سوف يحصل على تمويل فدرالي بناءً على المعلومات التي ازودها. أنا اعرف ان مسؤولي CACFP قد يتحققون من المعلومات. أنا اعلم أنني اذا اعطيت معلومات خاطئة متعمداً فإن المشارك الذي يحصل على وجبات قد يفقد معونات الوجبة، وقد تتم مقاضاتي. وقع هنا: _____ الأسم بوضوح: _____ التاريخ: _____ العنوان: _____ رقم الهاتف: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ آخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي: _____ - * * * <input type="checkbox"/> لا أملك رقم ضمان اجتماعي			



## استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية CACFP (مركز رعاية الأطفال)

جزء 6. الهوية العرقية والإثنية للمشاركين (اختياري)	
قم بتأشير إثنية واحدة	قم بتأشير هوية عرقية واحدة أو أكثر:
<input type="checkbox"/> اسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> غير اسباني أو لاتيني	<input type="checkbox"/> اسبوي <input type="checkbox"/> ابيض <input type="checkbox"/> اسود أو افريقي امريكي
<input type="checkbox"/> هندي امريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> من السكان الأصليين لهاواي أو جزر المحيط الهادئ الأخرى	
لا تملأ هذا الجزء. هذا للإستعمال الرسمي فقط.	
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12	
Total Income: _____ Per: <input type="checkbox"/> Week, <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks, <input type="checkbox"/> Twice A Month, <input type="checkbox"/> Month, <input type="checkbox"/> Year Household size: _____	
Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Tier I ___ Tier II ___	
Reason: _____	
Temporary: Free ___ Reduced ___ Time Period: _____ (expires after ___ days)	
Determining Official's Signature: _____ Date: _____	
Confirming Official's Signature: _____ Date: _____	
Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____	

قد يكون المشارك في مركز الرعاية النهارية مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار إذا كان دخل أسرته ضمن الحدود المذكورة على هذه القائمة

سنويا	حجم الأسرة
	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	أي شخص اضافي

يلزم قانون ريتشارد ب رسل لوجبات الغداء في المدارس تزويدنا بالمعلومات المذكورة في هذه الاستمارة. أنت غير ملزم بتزويدنا بالمعلومات ولكن اذا لم تقم بتزويدنا فلن نستطيع الموافقة على تزويد المشارك بوجبات مجانية أو بأسعار مخفضة. يجب أن تزودنا بأخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ الذي يعيش في المنزل والذي يوقع هذه الاستمارة. آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوبة عندما تقدم الطلب بالنيابة عن طفل متبنى أو عندما تذكر رقم الملف للبرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP)، برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع المواد الغذائية على محميات الهنود (FDPIR)، أو أي رقم (FDPIR) آخر معرف للمشارك أو عندما تشير بأن الشخص البالغ من الأسرة والذي يوقع هذه الاستمارة لا يملك رقم للضمان الاجتماعي Social Security Number. سنستخدم معلوماتك لتقرر أهلية المشارك في الحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار، ولاغراض ادارية ولتنفيذ قوانين البرنامج.

**نص بيان عدم ممارسة التمييز:** هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت أنك عوملت بشكل غير عادل. " بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الامريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بسبب جذورك الاصلية، اللون، البلد الأصلي، الجنس، أو الإعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم (صوت) 866-632-9992. الاشخاص ذوو القصر السمعى أو إعاقت التكلّم يمكنهم الإتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي رقم 877-8339 (800) أو (للسبانيين) 845-6136 (800). الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص أعمال عادلة."





## استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية CACFP (مركز رعاية البالغين)

لا تملأ هذا الجزء. هذا للاستعمال الرسمي فقط.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Denied \_\_\_ Tier I \_\_\_ Tier II \_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_

Temporary: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_ days)

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Follow-up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

قد يكون المشارك في مركز الرعاية النهارية مؤهلاً للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار إذا كان دخل أسرتك ضمن الحدود المذكورة على هذه القائمة

سنويا	حجم الأسرة
	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	أي شخص اضافي

يلزم قانون ريتشارد ب رسل لوجبات الغداء في المدارس تزويدنا بالمعلومات المذكورة في هذه الاستمارة. أنت غير ملزم بتزويدنا بالمعلومات ولكن اذا لم تقم بتزويدنا فلن نستطيع الموافقة على تزويد المشارك بوجبات مجانية أو بأسعار مخفضة. يجب أن تزودنا بأخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ الذي يعيش في المنزل والذي يوقع هذه الاستمارة. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب عندما تذكر رقم ملف المشترك في البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP)، برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع المواد الغذائية على محميات الهنود (FDPIR)، أو أي رقم (FDPIR) آخر معرف أو عندما تشير بأن الشخص البالغ من الأسرة والذي يوقع هذه الاستمارة لا يملك رقم للضمان الاجتماعي. سنستخدم معلوماتك لنقرر أهلية المشارك في الحصول على وجبات مجانية أو لوجبات مخفضة الأسعار، ولأغراض ادارية ولتنفيذ قوانين البرنامج.

**نص بيان عدم ممارسة التمييز:** هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت أنك عوملت بشكل غير عادل. " بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الامريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بسبب جذورك الاصلية، اللون، البلد الأصلي، الجنس، أو الاعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم (صوت) 866-632-9992. الاشخاص ذوو القصر السمعى أو إعاقات التكلم يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي رقم 877-8339 (800) أو (للسبانين) 845-6136 (800). الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص أعمال عادلة."

يجب أن تقوم بإرسال المعلومات التي نحتاجها، أو اتصل بـ [name] قبل [date]، والا فإن مركزنا لن يتلقى تعويضاً عن الوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار المقدمة لطفلك (اطفالك).  
المركز/ المنظمة الراعية: [ Name ]

[Date]

عزيزي/عزيزتي: [Name]

نحن ننظر في استمارة أهلية ذلك لمعونات الوجبات CACFP. يجب علينا أن نفعل ذلك لتأكد بأن معونات CACFP تعطى للمؤهلين فقط. يجب أن تبعث لنا معلومات تثبت أن [name(s) of participant(s)] مؤهلاً.

إذا كان بالإمكان، إبعث لنا نسخاً وليس الوثائق الاصلية. إذا بعثت لنا النسخ الاصلية فاننا سنعيدها فقط في حال الطلب. لا ترسل بطاقة EBT card الخاصة بك أو أي بطاقة معونات أخرى سوف تحتاج إليها.

1. إذا كنت تحصل على SNAP, TANF أو FDPIR عندما قدمت لمعونات الوجبة المجانية أو مخفضة الأسعار، أو في أي وقت منذ ذلك الحين، أرسل لنا نسخة من واحدة من الأشياء الآتية:

- تبليغ بشهادة SNAP, TANF أو FDPIR والتي تشير الى تاريخ الشهادة.
- رسالة من SNAP أو مكتب الولفير تشير بالموافقة على حصولك على الـ SNAP أو TANF.

2. إذا وصلتك هذه الرسالة لطفل متبنى:

ارسل لنا اسم ومعلومات الاتصال لشخص في الوكالة أو المحكمة والذي يستطيع التأكيد على أن الطفل يقع تحت المسؤولية القانونية للوكالة أو المحكمة.

3. إذا لم تكن تحصل على SNAP, TANF أو FDPIR: ارسل هذه الصفحة مع وثائق تشير الى كمية المال الذي تحصل عليه أسرتك من كل مصادر الدخل. الوثائق التي ترسلها يجب أن تحتوي على اسم الشخص المستلم للدخل، تاريخ الإستلام، المبلغ المستلم، و فترات الإستلام. ابعث المعلومات الى: [address].

#### الوثائق المقبولة تشمل:

**الوظائف:** الصك أو ظرف الراتب الذي يشير الى المبلغ و فترات استلامه؛ رسالة من رب العمل تشير الى الراتب الاجمالي و فترات الإستلام؛ أو وثائق المشروع التجاري أو الزراعي مثل دفتر الحسابات أو الإعداد الضريبي.

**الضمان الاجتماعي، المعاش، أو الراتب التقاعدي:** رسالة مخصصات تقاعد الضمان الاجتماعي، تقرير بالمعونات المستلمة، أو تبليغ منحة المعاش.

**البطالة، العجز أو التعويض عن الإصابة في العمل:** تبليغ بالأهلية من دائرة الضمان الوظيفي للولاية، صكوك، أو رسالة من قسم التعويض عن الإصابة في العمل

**مدفوعات الولفير:** رسالة معونات من وكالة الولفير.

**عالة الطفل أو النفقة الزوجية:** مرسوم المحكمة، الإتفاقية، أو نسخ من صكوك مستلمة.

**دخل من نوع آخر (مثل دخل التأجير):** معلومات تشير الى قيمة الدخل المستلم، فترات الإستلام، وتاريخ الإستلام.

**بدون دخل:** ملاحظة مختصرة تشرح كيفية توفير الغذاء، الملابس، والمسكن لأسرتك، ومتى تتوقع الحصول على الدخل.

**مبادرة خصخصة الإسكان العسكري:** رسالة أو عقد ايجار يشير الى أن منزلك هو جزء من مبادرة الخصخصة للإسكان العسكري.

الزمن المقبول لوثائق الدخل المقبولة: الرجاء ان تقدم وثائق تبين دخلك في الوقت الذي تتقدم به لطلب المعونات. اذا لم تكن لديك هذه المعلومات، تستطيع تقديم وثائق من وقت ملئ استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية -CACFP- وحتى وقت التحقق من معلوماتك.

اذا كانت لديك أي اسئلة أو تحتاج الى المساعدة الرجاء الاتصال بـ [name] على الرقم [phone number].

بكل إخلاص،

[Signature]

---

يلزم قانون ريتشارد ب رسل لوجبات الغداء في المدارس تزويدنا بالمعلومات المذكورة في هذه الاستمارة. أنت غير ملزم بتزويدنا بالمعلومات ولكن اذا لم تقم بتزويدها فلن نستطيع الموافقة على تزويد المشارك بوجبات مجانية أو بأسعار مخفضة. يجب أن تزودنا بأخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي لجميع الأشخاص البالغين من أعضاء الأسرة، بمن فيهم المشارك برعاية الأطفال. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب عندما تقدم الطلب بالنيابة عن طفل متبنى أو عندما تذكر المعرف للبرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP)، برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع المواد الغذائية على محميات الهنود (FDPIR)، أو أي رقم (FDPIR) آخر معرف للمشارك الذي يحصل على معونات الوجبة الغذائية أو عندما تذكر بأن الشخص البالغ من الأسرة والذي يوقع هذه الاستمارة لا يملك رقم للضمان الاجتماعي. سنستخدم معلوماتك لنقرر أهلية المشارك للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار، ولأغراض ادارية ولتنفيذ قوانين CACFP.

---

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت أنك عوملت بشكل غير عادل. " بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الأمريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بسبب جذورك الأصلية، اللون، البلد الأصلي، الجنس، أو الإعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم (صوت) 866) 632-9992. الأشخاص ذوو القصر السمعى أو أعاقات التكلم يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي رقم 877-8339 (800) أو (للاسبانيين) 845-6136 (800). الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص عمل عادلة."

يجب أن تقوم بإرسال المعلومات التي نحتاجها، أو اتصل بـ [name] قبل [date]، والا فإن مركزنا لن يتلقى تعويضاً عن الوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار المقدمة للمشارك البالغ.

المركز/ المنظمة الراعية: [ Name ]

[Date]

عزيزي/عزيزتي: [Name]

نحن ننظر في استمارة أهلية ذلك لمعونات الوجبات CACFP. يجب علينا أن نفعل ذلك لتأكد بأن معونات CACFP تعطى للمؤهلين فقط. يجب أن تبعث لنا معلومات تثبت أن [name(s) of participant(s)] مؤهلاً.

إذا كان بالإمكان، إبعث لنا نسخاً وليس الوثائق الأصلية. إذا بعثت لنا النسخ الأصلية فإننا سنعيدها فقط في حال الطلب. لا ترسل card EBT الخاص بك أو أي بطاقة معونات أخرى سوف تحتاج إليها.

1. إذا كنت تحصل على SNAP, FDPIR, SSI أو Medicaid عندما تقدمت بطلب للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار، أو في أي وقت منذ ذلك الحين، أرسل لنا نسخة من واحدة من الأشياء الآتية:

- تبليغ بشهادة SNAP, FDPIR, SSI أو Medicaid والتي تشير إلى تاريخ الشهادة.
- رسالة من SNAP تشير بالموافقة على حصولك على ال-SNAP.

2. إذا لم تكن تحصل على SNAP, FDPIR, SSI أو Medicaid: أرسل هذه الصفحة مع وثائق تشير إلى كمية المال الذي تحصل عليه أسرتك من كل مصادر الدخل. الوثائق التي ترسلها يجب أن تحتوي على اسم الشخص المستلم للدخل، تاريخ الإستلام، المبلغ المستلم، وفترات الإستلام. ابعث المعلومات إلى: [address].

#### الوثائق المقبولة تشمل:

- الوظائف: الصك أو ظرف الراتب الذي يشير إلى المبلغ وفترات استلامه؛ رسالة من رب العمل تشير إلى الراتب الاجمالي وفترات الإستلام؛ أو وثائق المشروع التجاري أو الزراعي مثل دفتر الحسابات أو الإعداد الضريبي.
- الضمان الاجتماعي، المعاش، أو الراتب التقاعدي: رسالة مخصصات تقاعد الضمان الاجتماعي، تقرير بالمعونات المستلمة، أو تبليغ منحة المعاش.
- البطالة، العجز أو التعويض عن الإصابة في العمل: تبليغ بالأهلية من دائرة الضمان الوظيفي للولاية، صكوك، أو رسالة من قسم التعويض عن الإصابة في العمل.
- مدفوعات الولفير: رسالة معونات من وكالة الولفير.
- إعالة الطفل أو النفقة الزوجية: مرسوم المحكمة، العقد، أو نسخ من صكوك مستلمة.
- دخل من نوع آخر (مثل دخل التأجير): معلومات تشير إلى قيمة الدخل المستلم، فترات الإستلام، وتاريخ الإستلام.
- بدون دخل: ملاحظة مختصرة تشرح كيفية توفير الغذاء، الملابس، والمسكن لأسرتك، ومتى تتوقع الحصول على الدخل.
- مبادرة خصخصة الإسكان العسكري: رسالة أو عقد ايجار يشير إلى أن منزلك هو جزء من مبادرة الخصخصة للإسكان العسكري.

الزمن المقبول لوثائق الدخل المقبولة: الرجاء ان تقدم وثائق تبين دخلك في الوقت الذي تقدمت به لطلب المعونات. اذا لم تكن لديك هذه المعلومات، تستطيع تقديم وثائق من وقت ملئ استمارة أهلية الدخل لمعونات الوجبة الغذائية -CACFP- وحتى وقت التحقق من معلوماتك.

اذا كانت لديك أي اسئلة أو تحتاج الى المساعدة الرجاء الاتصال بـ [name] على الرقم [phone number].

بكل إخلاص،

[Signature]

---

يلزم قانون ريتشارد ب رسل لوجبات الغداء في المدارس تزويدنا بالمعلومات المذكورة في هذه الاستمارة. أنت غير ملزم بتزويدنا بالمعلومات ولكن اذا لم تقم بتزويدها فلن نستطيع الموافقة على تزويد المشارك بوجبات مجانية أو بأسعار مخفضة. يجب أن تزودنا بأخر اربعة ارقام من رقم الضمان الاجتماعي لجميع الأشخاص البالغين من أعضاء الأسرة، بمن فيهم المشارك بالرعاية النهارية. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب عندما تذكر رقم البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP)، برنامج توزيع المواد الغذائية على محميات الهنود (FDPIR)، أو أي رقم (FDPIR) آخر معرّف، أو رقم ملف SSI أو Medicaid للمشارك الذي يحصل على معونات الوجبة الغذائية أو عندما تذكر بأن الشخص البالغ من الأسرة والذي يوقع هذه الاستمارة لا يملك رقم للضمان الاجتماعي. سنستخدم معلوماتك لتقرر أهلية المشارك للحصول على وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار، ولأغراض ادارية ولتنفيذ قوانين CACFP.

---

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت أنك عوملت بشكل غير عادل. " بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الامريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بسبب جذورك الأصلية، اللون، البلد الأصلي، الجنس، أو الاعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم (صوت) 866-632-9992. الاشخاص ذوو القصر السمعى أو أعاقات التكلم يمكنهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي رقم 877-8339 (800) أو (للاسبانيين) 845-6136 (800). الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص عمل عادلة."



لقد تحققنا من المعلومات الواردة في إستمارة CACFP الخاصة بأهلية دخلكم للحصول على معونات الوجبة الغذائية  
(مركز رعاية الأطفال)

المركز / المنظمة الراعية: [ Name ]

[ Date: ]

عزيزي / عزيزتي [ Name ]

لقد نظرنا في المعلومات التي بعثتها لنا لتثبت ان [name(s) of participant] مؤهل للحصول على معونات وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار في مركزنا وقررنا ما يلي:  
 أهلية المشترك لم تتغير

ابتداءً من [date] ، أهلية المشترك للحصول على معونات الوجبة الغذائية سوف تتغير من إستلام وجبات مخفضة الأسعار الى إستلام وجبات مجانية لأن الدخل المحقق به يقع ضمن حدود الأهلية للوجبات المجانية. سيحصل المشارك على وجبات بدون ثمن.

ابتداءً من [date] ، أهلية المشترك سوف تتغير من إستلام وجبات مجانية الى إستلام وجبات مخفضة الأسعار لأن قيمة الدخل المحقق به هو اعلى من الحد اللازم.

ابتداءً من [date] المشترك ليس مؤهلاً لإستلام وجبات مجانية أو وجبات مخفضة الأسعار للأسباب التالية:

تشير الوثائق أنك لم تستلم معونات من SNAP أو TANF أو FDPIR

دخلك هو اعلى من حد الأهلية للوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار.

لم تزودنا بـ:

لم تجب على طلباتنا.

إذا نقص دخل الأسرة أو زاد عدد افرادها بإمكانك أن تقدم استمارة CACFP لأهلية الدخل للحصول على معونات الوجبة الغذائية مرة ثانية.  
إذا لم تزودنا باتبثات أهليتك في الوقت الحالي، سوف يطلب ذلك منك عندما تقدم مرة ثانية.

إذا كان لديك اعتراض على هذا القرار تستطيع المناقشة مع [name] هاتف [phone]. هذا ويحق لك ايضاً جلسة استماع عادلة. إذا طلبت جلسة استماع قبل تاريخ [date]، سيستمر المشارك باستلام الوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار الى أن يأخذ مسؤول جلسة الاستماع قراره. تستطيع طلب جلسة استماع من خلال الإتصال أو الكتابة ل [name], [address], [phone number].

بكل إخلاص،

[Signature]

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت بأنك قد عوملت بشكل غير عادل. "بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الأمريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بناءً على العرق، اللون، البلد الأصلي، الجنس، العمر أو الإعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم المجاني (صوت) 866-632-9992. الأشخاص ذوو القصر السمعى أو إعاقات التكلم بإمكانهم الإتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي على رقم 877-8339 (800) أو (بالإسبانية) 845-6136 (800). الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص عمل عادلة."

لقد تحققنا من المعلومات الواردة في الإستمارة الخاصة بأهلية دخلكم للحصول على معونات الوجبة الغذائية CACFP  
(مركز رعاية البالغين)

المركز / المنظمة الراعية: [ Name ]

[ Date: ]

عزيزي / عزيزتي [ Name ]

لقد نظرنا في المعلومات التي بعثتها لنا لتتثبت ان [name(s) of participant] مؤهل للحصول على معونات وجبات مجانية أو مخفضة الأسعار في مركزنا وقررنا ما يلي:  
 أهلية المشترك لم تتغير

ابتداءً من [date] ، أهلية المشترك للحصول على معونات الوجبة الغذائية سوف تتغير من إستلام وجبات مخفضة الأسعار الى إستلام وجبات مجانية لأن الدخل المحقق به يقع ضمن حدود الأهلية للوجبات المجانية. سيحصل المشارك على وجبات بدون ثمن.

ابتداءً من [date] ، أهلية المشترك سوف تتغير من إستلام وجبات مجانية الى إستلام وجبات مخفضة الأسعار لأن قيمة الدخل المحقق به هو اعلى من الحد اللازم.

ابتداءً من [date] المشترك ليس مؤهلاً لإستلام وجبات مجانية أو وجبات مخفضة الأسعار للأسباب التالية:

تشير الوثائق أنك لم تستلم معونات من SNAP , FDPIR , SSI أو Medicaid

دخلك هو اعلى من حد الأهلية للوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار.

لم تزودنا بـ:

لم تجب على طلباتنا.

إذا نقص دخل الأسرة أو زاد عدد افرادها بإمكانك أن تقدم استمارة CACFP لأهلية الدخل للحصول على معونات الوجبة الغذائية مرة ثانية. إذا لم تزودنا بآثباتات أهليتك في الوقت الحالي، سوف يطلب ذلك منك عندما تقدم مرة ثانية.

إذا كان لديك اعتراض على هذا القرار تستطيع المناقشة مع [name] هاتفـ [phone]. هذا وبحق لك ايضاً جلسة استماع عادلة. إذا طلبت جلسة استماع قبل تاريخ [date] ، سيستمر المشارك باستلام الوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار الى أن يأخذ مسؤول جلسة الاستماع قراره. تستطيع طلب جلسة استماع من خلال الإتصال أو الكتابة لـ [name], [address], [phone number].

بكل إخلاص،

[Signature]

نص بيان عدم ممارسة التمييز: هذا البيان يشرح ما يجب فعله في حال اعتقدت بأنك قد عوملت بشكل غير عادل. "بموجب القانون الفدرالي وقوانين وزارة الزراعة الأمريكية، تمنع هذه المؤسسة من ممارسة التمييز بناءً على العرق، اللون، البلد الأصلي، الجنس، العمر أو الإعاقة. لتقديم شكوى ضد التمييز العنصري اكتب رسالة الى USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 أو إتصل بالرقم المجاني (صوت) (866) 632-9992. الأشخاص ذوو القصر السمعى أو إعاقات التكلم بإمكانهم الاتصال بـ USDA من خلال خدمات التتابع الفدرالي على رقم (800) 877-8339 أو (بالإسبانية) (800) 845-6136. الـ USDA هي مقدمة فرص خدمات وفرص عمل عادلة."

عزيزي الوالد / ولي الأمر:

إذا كان أطفالك مؤهلين للحصول على وجبات مجانية أو بأسعار مخفضة ، قد يكونون مؤهلين أيضاً للحصول على تأمين صحي مجاني أو بسعر مخفض من خلال برنامج الـ Medicaid أو برنامج الولاية للتأمين الصحي للأطفال (SCHIP). الأطفال الذين يملكون تأمين صحي لديهم فرصة احسن للحصول على عناية صحية دورية وتقل احتمالية إصابتهم بالمرض.

لأن التأمين الصحي ضروري لصحة الأطفال، يسمح لنا القانون بأن نعلم Medicaid و SCHIP بأن أطفالك مؤهلين للوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار، إلا إذا طلبت منا أن لا نذكر ذلك. يستعمل Medicaid و SCHIP المعلومات فقط لتحديد الأطفال المؤهلين لبرامجهم. من الممكن أن يتصل بك مسؤولوا البرنامج لكي يعرضوا عليك إدراج أطفالك في برنامج التأمين الصحي هذا. ملئ استمارة CACFP لتحديد أهلية الدخل للحصول على معونة الوجبة الغذائية لا يدرج أطفالك تلقائياً في التأمين الصحي.

إذا لم ترغب أن تشارك الـ Medicaid أو الـ SCHIP بمعلوماتك، املاً الاستمارة ادناه و ابعثها مع إستمارة أهلية الدخل إلى [address] قبل [date]. (إرسال هذه الاستمارة لن يؤثر على امكانية استلام أطفالك للوجبات المجانية أو مخفضة الأسعار).

لا، لا أريد ان تشارك المعلومات من استمارة CACFP لتأهيل الدخل لمعونات الوجبة الغذائية مع Medicaid أو برنامج الولاية للتأمين الصحي لأطفال.

إذا أشرت "لا" املاً الاستمارة أدناه:

اسم الطفل: \_\_\_\_\_

اسم الطفل: \_\_\_\_\_

اسم الطفل: \_\_\_\_\_

اسم الطفل: \_\_\_\_\_

توقيع الوالد / ولي الأمر: \_\_\_\_\_

تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_

أكتب اسمك بوضوح: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

للمزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بـ [Name] على رقم [phone]