

نموذج أهلية الدخل لمراكز الرعاية النهارية للبالغين

إدارة الصحة في ولاية نيويورك
برنامج الرعاية الغذائية للأطفال والبالغين

انظر التعليمات في الجهة الخلفية.

اسم المركز

اسم البالغ تحت الرعاية

الجزء الأول أكمل هذا الجزء إذا تلقى أي شخص في أسرتك **SNAP** أو **TANF** أو **FDPIR** أو إذا كنت تتلقى إعانات **SSI** أو **Medicaid**. ثم انتقل إلى الجزء 3.

رقم حالة الخاص بالبرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية _____ رقم حالة SSI _____

رقم TANF _____ رقم حالة Medicaid _____

رقم FDPIR _____

الجزء 2أ. أكمل هذا القسم إذا لم تكمل الجزء (1). اذكر نفسك وزوجك وأي ممن تعولهم يعيشون في منزلك. ثم اذكر جميع الدخل التي تلقتها الأسرة في الشهر الماضي في منزلك.

اسم أفراد الأسرة	إجمالي الأرباح (قبل الخصومات) الوظيفة رقم 1	إجمالي الأرباح (قبل الخصومات) الوظيفة رقم 2	الرعاية الشهرية، إعالة الطفل، النفقة	الدخل الشهري من المعاش، والتقاعد، والضمان الاجتماعي	أي دخل شهر آخر
_____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____
_____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____
_____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____
_____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____
_____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____	دولار أمريكي _____

الجزء 2ب. إذا تم إكمال الجزء 2أ، فيجب أن يقدم هذا النموذج الاسم والأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ الذي وقع الجزء 3. إذا لم يكن لدى الشخص البالغ رقم ضمان اجتماعي، فقم بكتابة **NONE** في المساحة المتوفرة.

الاسم _____ رقم الضمان الاجتماعي (آخر 4 أرقام) _____

الجزء الثالث بعد قراءة البيان التالي والبيان الموجود بالخلف، وقّع أدناه.

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

التوقيع _____ التاريخ _____

لاستخدام الجهة الراعية فقط

رقم اتفاقية برنامج الرعاية الغذائية للأطفال والبالغين (CACFP)	الدخل الإجمالي دولار أمريكي	إجمالي أفراد الأسرة	مجاناً	مخفض	مسدد
توقيع أحد موظفي المركز			التاريخ المحدد		

تُعد هذه المؤسسة 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 للمشاركة. يجب أن تدرج آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي لفرد الأسرة البالغ الذي يوقع على النموذج. رقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب عند إدراج البرنامج التكميلي للمساعدات الغذائية (SNAP)، أو المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو برنامج توزيع الغذاء على الحوزات الهندية (FDPIR)، أو دخل الضمان التكميلي (SSI)، أو رقم حالة Medicaid للمشاركة أو عندما تشير إلى أن أحد أفراد الأسرة البالغين الذي يوقع 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-3834

تعريف الدخل

الدخل يعني مقدار الدخل قبل خصم ضريبة الدخل وضرورية 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 القسم 226.2. يتم تعريف الأسرة على أنها المشارك البالغ والزوج والمعال (المعالون) للمشارك البالغ، إذا كان يقيم مع المشارك البالغ.

تعليمات للمتقدمين:

اكتب اسم المركز في المساحة المتوفرة.

اكتب بأحرف واضحة اسم الشخص البالغ الذي يذهب إلى هذا المركز.

الجزء (1): إذا تلقى أي شخص في منزلك مساعدات من برنامج SNAP أو TANF أو SSI أو FDPIR أو Medicaid. ثم أكمل الجزء 3 وأعد النموذج إلى المركز.

الجزء 2: أكمل هذا القسم إذا لم تكمل الجزء (1). اذكر نفسك وزوجك وأي ممن تعولهم يعيشون في منزلك. ثم اذكر جميع الدخول التي تلقتها الأسرة في الشهر الماضي في منزلك.

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.

الجزء 2ب: إذا أكملت الجزء 2، فمطلوب آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي للشخص البالغ الذي يوقع على الإقرار. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فاكتب لا يوجد.

الجزء (3): ثم قم بتوقيع النموذج وتاريخه وإعادته إلى المركز.

تعليمات للمراكز والجهات الراعية:

يجب إكمال قسم "الاستخدام الجهات الراعية فقط" وتوقيعه وتاريخه بواسطة طاقم المركز أو الجهة الراعية. يجب على الراعي/ممثل المركز مراجعة نموذج أهلية الدخل والتأكد من إكمالها كما هو موضح في التعليمات أعلاه. ثم حدد ما يلي:

رقم اتفاقية الجهة الراعية CACFP.

إجمالي أفراد الأسرة - لا يلزم إكمال هذا العنصر إذا أكمل المشارك الجزء (1).

إجمالي الدخل - لا يلزم إكمال هذا العنصر إذا أكمل المشارك الجزء (1). حدد إجمالي الدخل الشهري كما تم احتسابه من الجزء 2. إذا اختار المشارك عدم الإفصاح عن الدخل، فيجب تصنيف النموذج على أنه مدفوع.

الحالة 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 المشاركين إلى مقدار دخله كل أسبوعين، اضرب هذا المبلغ في 26 لتحديد الدخل السنوي.

يتم تصنيف النماذج غير المكتملة (التي تنقصها التوقيعات أو معلومات الدخل أو أرقام الحالة لبرنامج SNAP أو TANF أو FDPIR أو SSI أو Medicaid) على أنها مدفوعة.

يجب على الجهة الراعية/ممثل المركز الذي يحدد الأهلية التوقيع على النموذج وتاريخه.

إن نموذج أهلية الدخل سارٍ حتى آخر يوم من شهر التوقيع بعد سنة تقويمية واحدة من تاريخ توقيعه. على سبيل المثال، النموذج الموقع في 12 مايو 2019 صالح حتى 31 مايو 2020.