

请参见背面说明。

中心名称 _____

受照护的成人姓名 _____

第 1 部分

如果您家庭中的任何人正在领受 SNAP、TANF、FDPIR 或您本人正在领受 SSI 或 Medicaid 福利，请填写此部分。然后跳到第 3 部分。

SNAP 案例编号 _____

TANF 编号 _____

FDPIR 编号 _____

SSI 案例编号 _____

Medicaid 案例编号 _____

第 2a 部分

仅在未填写第 1 部分的情况下填写此部分。列出您自己、您的配偶和在您家中居住的任何受抚养人。然后列出上个月您的家庭总收入。

家庭成员姓名	总收入 (扣除前)		每月福利、 子女抚养费、 赡养费	每月养老金、 退休金、 社会安全金收入	其他月收入
	工作 #1	工作 #2			
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

第 2b 部分

如果填写第 2a 部分，则必须在该表格中提供签署第 3 部分的成人的姓名和社会安全号码的最后四位数字。如果此成人无社会安全号码，则在提供的空白处用正楷填写无。

姓名 _____ 社会安全号码

--	--	--	--

第 3 部分

阅读以下声明和背面的声明，然后在下面签名。

本人证明，上述信息真实无误，所有收入均已申报。本人了解，中心会根据本人提供的信息获得联邦资金。

签名 _____ 日期 _____

FOR SPONSOR USE ONLY

CACFP Agreement # _____	Total Household Members _____	Total Income \$ _____
Free _____	Reduced _____	Paid _____
Signature of Center Staff _____		Date Determined ____ / ____ / ____

本机构为平等机会提供者。

隐私法声明：《Richard B. Russell 全国学校午餐法》(Richard B. Russell National School Lunch Act) 要求提供本表中的信息。您并不一定要提供这些信息，但如果您不提供，我们就无法批准参与者获得免费或减价的餐点。您必须填写在表格上签名的成人家庭成员的社会安全号码的最后四位数字。如果列出了参与者正在领受的补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)、贫困家庭临时援助 (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)、印第安人保留地食物分配计划 (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR)、补充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI) 或 Medicaid 案例编号，或者说明在表格上签名的成人家庭成员无社会安全号码，则不需要提供社会安全号码。我们会根据您提供的信息决定该中心是否有资格获取免费或减价餐点的补偿费用，以及是否有资格管理和执行该计划。

DOH-3834 填写说明

收入的定义

收入是指扣除所得税、社会安全税、保险费、慈善捐款和债券等之前的收入，包括：(1) 通过提供服务获得的金钱酬劳，包括工资、薪金、佣金或费用；(2) 非农业自雇职业的净收入；(3) 农业自雇职业的净收入；(4) 社会安全金；(5) 存款或债券的股息或利息，因房产或信托财产而获取的收入或净租金收入；(6) 失业补助；(7) 政府文职人员或军队退休金，养老金或退伍金；(8) 私人养老金或年金；(9) 赡养费或子女抚养费；(10) 不共同居住人员的定期供款；(11) 净版税；(12) 领取的军队现金福利，比如住房津贴，除非参加《军队住房私有化计划》(Military Housing Privatization Initiative)；(13) 任何其他现金收入。

家庭的定义

家庭指的是第 226.2 节中定义的家人。家人是指成人参与者及其配偶以及与其共同居住的受抚养人。

申请人须知：

在空格中填写中心的名称。

用正楷填写参加该中心的成人的姓名。

第 1 部分：如果您家庭中的任何人正在领受 SNAP、TANF，参加 FDIPIR 或您本人正在领受 SSI 或 Medicaid，请填写第 1 部分。请填写 SNAP、TANF、FDPIR、SSI 或 Medicaid 案例编号。然后填写第 3 部分，并将表格交回中心。

第 2a 部分：如果未填写第 1 部分，请填写此部分。列出您自己、您的配偶和在您家中居住的任何受抚养人。然后列出上个月您的家庭总收入。

填写每个家庭成员上个月的收入金额，即扣除税金或其他任何费用之前的收入。参见上文中收入和家庭的定义。如果上个月的任何金额多于或少于平时的收入，请填写此人的平时收入。

第 2b 部分：如果您填写了第 2a 部分，则需要提供签署此证明的成人的社会安全号码的最后四位数字。如果没有社会保险号，则填写无。

第 3 部分：在表格上签名并注明日期，并将其交回中心。

中心和赞助商须知：

For Sponsor Use Only 部分由中心或赞助商员工填写、签署并注明日期。赞助商/中心代表必须审核收入资格表，并确保该表按照上述说明填写。然后指明以下各项：

赞助商 CACFP 协议编号。

家庭成员总数 - 如果参与者填写了第 1 部分，则无需填写此项。

总收入 - 如果参与者填写了第 1 部分，则无需填写此项。注明根据第 2a 部分信息计算的月收入总额。如果参与者选择不披露收入，则表格必须归类为付费。

免费、减价或付费 - 将家庭总收入和家庭成员总数与当年的收入资格指南 (CACFP-3687) 进行比较，以确定该家庭应被归类为**免费、减价**还是**付费**。使用 CACFP-3687 上的相应列对其收入进行归类。例如，如果参与者提供每两周收入，则将该金额乘以 26 以确定年收入。

填写不完整的表格 (缺少签名、收入信息、SNAP、TANF、FDPIR、SSI 或 Medicaid 案例编号) 归为付费类别。

确定资格的赞助商/中心代表必须在表格上签名并注明日期。

收入资格表有效期至签署之日起一个日历年后当月的最后一天。例如，2019 年 5 月 12 日签署的表格有效期至 2020 年 5 月 31 日。