CACFP
Child and Adult Care Food Program
New York State Department of Health

ПИСЬМО К СЕМЬЯМ
Участник программы денежных дотаций
Уровня II для центров домашнего дневного ухода

Уважаемый родитель или опекун!

Поставщик услуг по уходу за вашим ребенком в дневное время участвует в Программе обеспечения питанием детей и взрослых в учреждениях, предоставляющих уход (CACFP). Программа CACFP выделяет вашему поставщику услуг дневного ухода денежную дотацию на здоровое питание, предоставляемое детям в его учреждении дневного ухода. Дотации на питание по программе CACFP выплачиваются по двум ставкам (Уровень I и Уровень II). Данное заявление поможет нам определить, по какой ставке вашему поставщику услуг дневного ухода будет выплачиваться дотация на питание ребенка - по более высокой (Уровень I) или по более низкой (Уровень II). Если вы решите не заполнять данную форму, ваш поставщик услуг дневного ухода получит дотацию по более низкой ставке.

Если вы считаете, что ваша семья отвечает критериям на получение дотации по ставке Уровня I, пожалуйста, заполните данную форму. Отправьте форму в наш офис в прилагаемом конверте, не отправляйте ее вашему поставщику услуг дневного ухода. Информация в данном заявлении является конфиденциальной и используется только для определения размера дотации, которую ваш поставщик услуг дневного ухода получает на питание для вашего ребенка. Информация в данной форме не будет раскрываться вашему поставщику услуг дневного ухода.

Как мы определяем, может ли питание вашего ребенка быть оплачено по ставке Уровня I?
Мы используем два способа для выяснения, может ли дотация на питание выплачиваться вашему поставщику услуг дневного ухода по более высокой ставке:

1. Если кто-либо из членов вашей семьи участвует в какой-либо программе, приведенной в Части A на странице 3, программа CACFP автоматически выплатит дотацию вашему поставщику услуг дневного ухода в размере, соответствующем Уровню I. Вы должны заполнить Части A и C данной формы. Укажите ваш регистрационный номер, поставьте дату и свою подпись на форме. Если ваша семья больше не участвует в данных программах, вы должны сообщить нам об этом. Вы должны будете заполнять данную форму каждый год.
2. Доход вашей семьи должен отвечать критериям для получения дотации по ставке Уровня I (см. таблицу на оборотной стороне данного письма). По определению семья - это группа лиц, состоящих или не состоящих в родственных отношениях, живущих как одна хозяйственная единица. В случае потери работы членами семьи размер семейного дохода в течение периода безработицы в связи с потерей заработка может находиться в пределах критериев правомочности. Вы должны заполнить Части A, B и C, поставить дату и подпись на форме. Вы должны будете заполнять данную форму каждый год.

Если у вас возникли какие-либо вопросы, пожалуйста, обращайтесь к _____ по _____

Благодарим вас за сотрудничество.

С уважением,

Представитель CACFP

В соответствии с Федеральным законодательством и политикой Министерства сельского хозяйства США в данном учреждении запрещена дискриминация по цвету кожи, расовому, половому, возрастному признаку, из-за наличия инвалидности и национальной принадлежности. (Все запрещенное выше применимо не ко всем программам.) Чтобы подать жалобу по поводу дискриминации, пишите по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 или позвоните по телефону (202) 720-5964 (голосовая связь и линия TDD). USDA обеспечивает равные возможности в предоставлении услуг и трудоустройстве.

Номер Поставщика _____

КРИТЕРИИ ПРАВОМОЧНОСТИ НА ПОЛУЧЕНИЕ ДОТАЦИИ ПО СТАВКЕ УРОВНЯ I В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА ДОХОДА

(действительны с 1 июля 2010 г. по 30 июня 2011 г.)

Количество членов семьи	Доход семьи (все источники)		
	За год	За месяц	За неделю
1	20,036	1,670	386
2	26,955	2,247	519
3	33,874	2,823	652
4	40,793	3,400	785
5	47,712	3,976	918
6	54,631	4,553	1,051
7	61,550	5,130	1,184
8	68,469	5,706	1,317
На каждого дополнительного члена семьи	+6,919	+577	+134

ИСТОЧНИКИ ДОХОДА

Доход от работы
Заработная плата, оклад, чаевые
Пособие бастующим
Пособие по безработице
Компенсация работающим
Чистый доход от собственного бизнеса или фермерского хозяйства

Государственное пособие/пособие на ребенка/алименты
Выплаты социальной помощи
Выплаты государственного пособия
Алименты, пособие на ребенка

Пенсии, социальное обеспечение
Пенсии (частные или государственные)
Доход по программе дополнительной социальной помощи
Пенсионный доход
Выплаты ветеранам
Пособие по социальному обеспечению

Другой доход
Пособие по инвалидности
Наличные, снятые с накопительного счета, проценты или дивиденды
Доходы от недвижимости, трастов, инвестиций
Регулярные поступления от лиц, не живущих в семье
Чистая прибыль по роялти, аннуитет
Чистый рентный доход
Любой другой доход

ПРОГРАММЫ, ПРАВОМОЧНОСТЬ НА УЧАСТИЕ В КОТОРЫХ ОДНОЗНАЧНО ПОДТВЕРЖДЕНА[1]

Программы помощи федерального правительства
Программа обеспечения продовольственными талонами
Программа обеспечения женщин, младенцев и детей дополнительным питанием
Временное пособие нуждающимся семьям (TANF)
Программа "Head Start" (только для организаций, финансируемых государством)
Программа обеспечения школьными завтраками – бесплатное питание/питание по сниженным ценам
Программа обеспечения дополнительными продуктами (CSFP)
Программа распределения продуктов по индейским резервациям (FDPIR)
Программа медицинской помощи малоимущим (Medicaid)

Программы помощи на уровне штата
Программа помощи детям
Программа обеспечения медицинского ухода в период беременности
Целевая субсидия штата Нью-Йорк на развитие дошкольных учреждений
Begin (только для города Нью-Йорка)
Субсидии на улучшение системы социального обслуживания

1 Данный перечень применим к семьям детей, участвующих только в программе получения надбавки на питание в центрах домашнего дневного ухода в соответствии с Уровнем II. Перечень государственных программ помощи будет дополняться по мере необходимости.

Номер Поставщика _____

Вернуть (кому):

ЧАСТЬ А: Программа обеспечения питанием детей и взрослых в учреждениях, предоставляющих уход, должна запросить информацию, содержащуюся в данной форме. Она будет использоваться только Программой обеспечения питанием детей и взрослых в учреждениях, предоставляющих уход, и считается конфиденциальной. Она не связана ни с какими платежами, которые может взимать спонсор, лицо, предоставляющее услуги, или учреждение.

Имя и фамилия ребенка, посещающего центр дневного ухода _____

Имя и фамилия родителя/опекуна _____

Улица_____ _____ № кв. _____

_____

Город _____ Штат_____ Индекс _____

Номер телефона_____

Имя и фамилия поставщика услуг или владельца/оператора центра дневного ухода _____

Местный поставщик *(если отличается)* _____

Почтовый адрес *(если отличается)*_____ _ № кв. _____

_____

Город_____ Штат _____ Индекс_____

Дополнительный номер телефона _____

Семья: группа людей, которые живут вместе и делят между собой доходы и расходы.

УКАЖИТЕ ВСЕХ, КТО ПРОЖИВАЕТ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ *НАЧНИТЕ С СЕБЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	ПОСЕЩАЕТ ДЕТСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ (ДА/НЕТ)
1.*		Я САМ (А)	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Семья, участвующая в одной из данных программ, отвечает требованиям программы CACFP.
Пожалуйста, отметьте соответствующую графу, укажите ваш регистрационный номер и зарегистрируйтесь в **ЧАСТИ С**. Если ни один член семьи не участвует в этих программах, перейдите к **ЧАСТИ В**.

☐ Регистрационный номер участника Программы обеспечения продовольственными Талонами _____

☐ Регистрационный номер участника государственной программы социальной помощи/временного пособия нуждающимся семьям (TANF) _____

☐ Регистрационный номер в программе Medicaid _____

☐ Бесплатные школьные обеды/ школьные обеды по сниженным ценам

☐ Программе «Head Start» (только лица с доходом, дающим право на участие в программе)

ЧАСТЬ В: Семейный доход – укажите источники дохода/зарплату каждого члена семьи.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЧЛЕНА СЕМЬИ	ОКЛАД, ВКЛЮЧАЯ НАЛОГИ (ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ ОДИН ВАРИАНТ) В МЕСЯЦ	В ГОД
1.		
2.		
3.		
☐ **Безработный/инвалид**		
☐ **Самостоятельная занятость (чистый доход)**		
☐ **Другое** – «Другое» включает пенсии, доход после выхода на пенсию, социальное обеспечение, выплаты государственного пособия (Welfare), пособие на детей и любые другие источники дохода Укажите _____		

ИТОГО $

Номер Поставщика _____

ТОЛЬКО ДЛЯ СПОНСИРУЮЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Номер соглашения о финансировании_____

Общее количество членов семьи_____ Общий доход семьи (долл.)_____

Количество детей, имеющих право на получение дотации по ставке Уровня I _____

Количество детей, имеющих право на получение дотации по ставке Уровня II _____

Причина _____

Подпись сотрудника спонсирующей организации,
определяющего право на получение дотации и ее размер _____
Дата определения права___ _____

ЧАСТЬ С: Подтверждение родителя/опекуна – ПРОЧТИТЕ ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, ПЕРЕД ТЕМ КАК ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ.

Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в данной форме, является верной и точной. Я понимаю, что данная информация предоставляется с целью получения денежных средств от государства и что информация в этом заявлении может быть проверена должностными лицами. Я понимаю, что за умышленное предоставление неверной информации я могу подвергнуться преследованию в соответствии с применимым федеральным законодательством или законодательством штата.

В соответствии с разделом 9 Государственного закона о школьных обедах, если не указан регистрационный номер участника Программы обеспечения продовольственными талонами, номер участника Программы распределения продуктов питания по индейским резервациям (FDPIR) либо номер, по которому вы получаете временное пособие нуждающимся семьям (TANF), вы должны указать ниже свой номер социального обеспечения. Укажите номер социального обеспечения родителя/опекуна, являющегося основным кормильцем, или взрослого члена семьи, подписывающего данное заявление, либо укажите, что взрослые члены семьи не имеют номера социального обеспечения. Без этой информации данное заявление не будет утверждено. О данной форме необходимо поставить в известность того члена семьи, чей номер социального обеспечения в ней указан. Номер социального обеспечения может быть использован для подтверждения правильности информации в данной форме. Существует несколько способов проведения такой проверки: пересмотры, аудиты, расследования, связанные с программой и включающие в себя опрос работодателей для определения дохода члена семьи, обращение в организации, снабжающие продовольственными талонами или выдающие государственное пособие (Welfare), с целью проверки права на получение продовольственных талонов или временного пособия нуждающимся семьям, обращение в государственную организацию по обеспечению занятости для выяснения суммы полученных пособий и проверки документации, предоставленной членом семьи для подтверждения суммы полученного дохода. В зависимости от результатов данной проверки возможно сокращение или потеря пособий, административное или судебное преследование в случае сообщения неверной информации.

Имя взрослого члена семьи печатными буквами

Номер социального обеспечения основного кормильца семьи

			—			—				

Подпись взрослого члена семьи

Дата подписания родителем