尊敬的家長或監護人，

您子女的日間照護提供者參與了兒童及成人照護食物計劃（CACFP）。對於日間照護提供者在其家中向兒童供應的健康餐食，CACFP 會提供餐食補貼。CACFP 的餐食補貼以兩種不同的費率（1 級和 2 級）進行支付。本申請書將幫助我們確定以較高（1 級）還是較低（2 級）的費率支付給爲您的子女供應餐食的日間照護提供者。如果您決定不填寫本表格，則您的日間照護提供者將獲得較低的費率。

如果您認爲您的家庭符合 1 級費率的資格，請考慮填寫本表格。請將表格放入所提供的信封內交還本辦事處，而不是您的日間照護提供者。本申請書資訊嚴格保密，並僅用於確定提供者向您子女供應餐食而獲得的補貼費率。我們不會與您的日間照護提供者共用本表格所含資訊。

我們如何確定是否按 1 級費率償付您子女的餐食？我們有兩種方法來明確是否以較高的費率支付您的日間照護家庭：

1. 如果您家庭中有任何人參與了第 3 頁第一節所列的任何計劃，CACFP 將自動以 1 級費率支付給您的日間照護提供者。您必須填寫本表格的第一節和第三節。請填寫您的身份資訊或檔案編號，然後在表格上簽名並標注日期。如果您的家庭不再參與這些計劃，您必須通知我們。您需要每年填寫本表格一次。

2. 您的家庭也許符合 1 級費率收入資格指南的規定（參看本信函背面的圖表）。家庭是指作爲一個經濟單位居住在一起的一群有親戚關係或無親戚關係的人士。如有家庭成員失業，則在失業期間收入的喪失可能會令其家庭符合相關資格標準。您必須填寫第一、二和三節，同時在表格上簽名並標注日期。您需要每年填寫本表格一次。

如果您有任何問題，請聯絡_____的 _____

感謝您的合作。

敬上，

CACFP 代表

根據聯邦法律及美國農業部的政策，本機構嚴禁基於膚色、種族、性別、年齡、殘障或國籍的歧視。（並非所有被禁止的歧視依據均適用於所有計劃。）如需針對歧視提出投訴，請致函美國農業部民權辦公室主任（USDA, Director, Office of Civil Rights），地址爲 Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410，或致電 (202) 720-5964（語障及聽障人士專線）。美國農業部是公平機會提供者及雇主

。

提供者編號_____

1 級家庭收入資格指南
（有效期爲 2010 年 7 月 1 日至 2011 年 6 月 30 日）

家庭人數	家庭收入（所有來源）		
	每年	每月	每週
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
每多加一名家庭成員	+6,919	+577	+134

收入來源

工作收入
工資、薪水、小費
罷工津貼
失業補助
勞工補償
自營生意或農場的淨收入

福利/兒童撫養費/贍養費
公共資助金
福利費
贍養費、兒童撫養費

養老金/退休金/社會保障金
養老金（政府或私人）
補充保障收入
退休收入
退伍軍人補貼
社會保障金

其他收入
殘障補貼
從存款、利息或分紅中提取的現金
不動產、信託、投資收入
不住在一起的人士定期給予的現金
淨權益收入、年金
租金淨收入
任何其他收入

類別資格計劃列表 [1]

聯邦政府援助計劃
食品券計劃
WIC 補充食物計劃
貧困家庭臨時援助（TANF）
兒童早教計劃（只適用於聯邦資助的管道）
全國學校午餐 - 免費/低價餐食
補充食物配發計劃（CSFP）
印第安保護區食物分配計劃（FDPIR）
聯邦醫療補助（Medicaid）

州政府援助計劃
兒童援助計劃
產前照護援助計劃
紐約州兒童照護社區補助金
Begin 計劃（僅限紐約州）
社會服務社區補助金

[1] 本列表僅適用於參與 2 級日間照護家庭的兒童家庭。州援助計劃列表將在必要時進行更新。

提供者編號_____

交給：

第一節：根據兒童及成人照護食物計劃的規定，需要提供本表格所要求的資訊。這些資訊將只用于兒童及成人照護食物計劃，所有資訊嚴格保密。它與主辦方、提供者或相關機構可能收取您的任何費用均無關。

受照護兒童姓名 _____

_____

家長/監護人姓名 _____

街道地址_____ 寓所編號 _____

_____

城市_____ 州____ 郵遞區號_____

電話號碼_____

日間照護提供者或
所有者/運營者姓名 _____

現場提供者 *（如有不同）* _____

郵政地址 *（如有不同）* _____ 寓所編號 _____

_____

城市_____ 州____ 郵遞區號 _____

備用電話號碼 _____

家庭：居住在一起並共用收入和分擔支出的一群人士。

各家庭成員姓名 *從您自己開始	出生日期	與您的關係	是否接受照護 （是/否）
1.*		自己	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

參與這些計劃之一的家庭符合 CACFP 的要求。
請勾選適當的方框，提供您的身份證號碼並在**第三節**簽名。如果您家庭中無人參與這些計劃，請繼續填寫**第二節**。

☐ 食品券身份證號碼 _____

☐ 聯邦醫療補助（Medicaid）身份證號碼 _____

☐ 兒童早教計劃（僅限符合收入資格者）

☐ 公共援助/TANF 身份證號碼_____

☐ 免費/低價學校午餐

第二節：家庭收入 - 列出您所有家庭成員的收入/薪水。

家庭成員姓名	總收入（圈選一項） 每月　　每年
1.	
2.	
3.	
☐ **失業/殘障**	
☐ **自雇（淨收入）**	
☐ **其他** – 其他收入包括養老金、退休金、社會保障金、福利費、兒童撫養費及任何其他來源的收入。請說明 _____	

總計　$

主辦方專用
主辦方協議編號_____
家庭成員總人數_____ 家庭總收入 $_____
符合 1 級資格兒童數量_____
符合 2 級資格兒童數量_____
理由 _____
主辦方確定負責人簽名_____ 確定日期_____

第三節：家長/監護人證明 - 簽字前請閱讀以下聲明。

我證明在本表格中提供的資訊真實準確。我知道，提供這些資訊的目的是爲了獲得聯邦政府的資助，並且相關官員會核對申請書中所提供的資訊。我知道，依據適用的州及聯邦法律，故意提供不準確的資訊會令我受到起訴。

《全國學校午餐法》第 9 款規定，如未提供食品券、FDPRI 或 TANF 檔案編號，則必須在下面提供社會安全號。這可以是作爲主要收入來源者的家長/監護人的社會安全號，或者簽署本聲明的成年家庭成員的社會安全號，或者注明成年家庭成員均沒有社會安全號。無此項資訊者，本聲明無法得到審批。如果在本表格中披露某位家庭成員的社會安全號，則必須讓其知道本表格的內容。社會安全號可能會用於核實本表格所包含資訊的正確性。資訊的核實有多種途徑：計劃復核、審計、調查、聯絡雇主確定收入、或聯絡食品券或福利辦事處確定當前獲得食品券或 TANF 福利的證明、聯絡州就業安全辦事處確定所獲得福利的情況以及核對家庭成員製作的檔以證實所獲得收入的金額。如果申報了不正確的資訊，經核實後，會導致相關人士福利的喪失或減少，或被提請行政索賠或法律行動。

正楷成人姓名 _____

主要收入來源者的社會安全號

			—			—				

成人簽名 _____

家長簽字日期 _____