



Уважаемые родители и опекуны!

Это письмо предназначено для родителей или опекунов детей, посещающих детское учреждение домашнего типа. Детское учреждение **Name of day care home** участвует в Программе продовольственного обеспечения детей и взрослых (Child and Adult Care Food Program, CACFP) Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) и предлагает детям здоровое питание. Программа CACFP компенсирует расходы на здоровое питание детей, посещающих детские учреждения. Просим помочь нам выполнить требования программы CACFP, заполнив конфиденциальную декларацию о доходах, приложенную к этому письму.

- 1. Является ли подача декларации о доходах обязательным требованием для получения льгот программы CACFP?** Нет, но если Вы подадите декларацию, детское учреждение, которое посещает Ваш ребенок, может получить повышенную компенсацию расходов на его питание. Заполненную декларацию можно передать непосредственно в детское учреждение или отправить его спонсору, **Nutrition First CACFP**. Если Вы хотите направить декларацию спонсору, отправьте заполненный бланк по адресу: **2475 Center St NE, Salem, OR 97301**. Если Вы хотите передать конфиденциальную декларацию о доходах в детское учреждение, поставьте инициалы в разделе 7.
Если Вы даете свое согласие на то, чтобы детское учреждение приняло Вашу конфиденциальную декларацию о доходах и передало ее спонсору, поставьте свои инициалы в разделе 7. Детское учреждение не будет проверять декларацию.
- 2. Нужно ли заполнять отдельную декларацию о доходах на каждого ребенка?** Вы можете заполнить и подать одну конфиденциальную декларацию о доходах для программы CACFP на всех детей своего домохозяйства только если они посещают одно и то же детское учреждение. Внимательно ознакомьтесь с инструкциями и укажите всю необходимую информацию. К рассмотрению принимаются только полностью заполненные заявления.
- 3. Кто имеет право на компенсацию в повышенном размере без декларации о доходах?** Детское учреждение будет получать повышенную компенсацию расходов на питание детей, которые остались без попечения родителей, а также детей из домохозяйств, получающих помощь по программе льготной покупки продуктов питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программе временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) или программе распределения продуктов питания в индейских резервациях (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR). Учреждение также может получить повышенную компенсацию расходов на питание детей из домохозяйств, застрахованных в льготном плане медицинского страхования штата Орегон, пользующихся услугами учреждений программы Head Start или имеющих право на льготное или бесплатное школьное питание. Дети из домохозяйств, участвующих в программе WIC, могут иметь право на повышенный размер компенсации.
- 4. Кто имеет право на компенсацию в повышенном размере на основании декларации о доходах?** Детское учреждение может получать повышенную компенсацию расходов на питание Ваших детей, если доход Вашего домохозяйства не превышает приведенных в декларации значений, взятых из Федерального руководства по определению уровня дохода.
- 5. Можно ли заполнять декларацию, если в домохозяйстве есть лица, не имеющие гражданства США?** Да. Наличие американского гражданства у Вас или у Ваших детей не является обязательным требованием для получения льготного питания в детском учреждении семейного типа.
- 6. Кого следует учитывать в составе домохозяйства?** Вы должны учесть всех членов домохозяйства (проживающих с Вами бабушек/дедушек, других родственников или друзей), которые делят с Вами доходы и расходы. Вы должны обязательно учесть себя и всех проживающих с Вами детей. Вы также можете учесть проживающих с Вами детей, оставшихся без попечения родителей.
- 7. Как декларировать сведения о доходе и об изменении статуса занятости?** Необходимо указать общий валовой доход каждого члена домохозяйства за последний месяц с разбивкой по источникам. Если доход за последний месяц не отражает фактическую ситуацию, можно дать перспективный прогноз ежемесячного дохода. Если ситуация относительно стабильна, можно взять за основу доход за последний месяц. Если доход Вашего домохозяйства не превышает приведенных в декларации значений для домохозяйств того же размера, взятых из Федерального руководства по определению уровня дохода, детское учреждение семейного типа получит компенсацию большего размера. Если Вам одобряют повышенную компенсацию на основании дохода или по действительному номеру дела SNAP, TANF или FDIPIR, Вы сможете пользоваться этими льготами в течение 12 месяцев. Вместе с тем Вам следует уведомить нас, если Вы (или кто-то еще в Вашем домохозяйстве) потеряете работу и из-за потери дохода в период отсутствия занятости доход Вашего домохозяйства начнет соответствовать критериям.
- 8. Что если мой доход не всегда одинаковый?** Укажите сумму, которую обычно зарабатываете. Например, если Вы обычно зарабатываете \$1000 в месяц, но в прошлом месяце заработали только \$900 из-за неполной занятости, укажите, что зарабатываете \$1000 в месяц. Если Вы обычно получаете сверхурочные, включите их. Если сверхурочная работа бывает лишь иногда, не включайте.
- 9. Что если я воспитываю детей, оставшихся без попечения родителей?** Дети, которые остались без попечения родителей и находятся в зоне ответственности агентства опеки и попечительства или судебных органов, получают право на повышенный размер компенсации автоматически. Такое право возникает у всех детей, оставшихся без попечения родителей, независимо от доходов домохозяйства. Домохозяйства могут учитывать таких детей в декларации о доходах, но не обязаны декларировать полученные на них выплаты. Домохозяйствам, которые хотят получать льготы на детей, оставшихся без попечения родителей, следует обратиться к [name, address, phone number].
- 10. Мы в армии; нужно ли нам декларировать квартирное и дополнительное денежное довольствие?** Если Ваше жилье входит в программу приватизации жилого фонда Министерства обороны (Military Housing Privatization Initiative) и Вы получаете дополнительное денежное довольствие на поддержку семьи (Family Subsistence Supplemental Allowance), не указывайте эти виды довольствия в декларации о доходах. Кроме того, в период мобилизации военнослужащего в доходе домохозяйства

учитывается только та часть его дохода, которую он направляет домохозяйству (или которая направляется домохозяйству от его имени). Боевые выплаты и поощрительные денежные надбавки за продление срока мобилизации (Deployment Extension Incentive Pay, DEIP) также не учитываются в доходе домохозяйства. Все остальные виды довольствия подлежат декларированию.

Программы детского питания не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национальности, пола, возраста или наличия инвалидности. Если у Вас есть другие вопросы или Вам нужна помощь, звоните по телефону **503-581-7563**.

С уважением,

Carmen Romero, Program Director

Tier 2 Family Income Letter

Nutrition First CACFP

Данное учреждение предоставляет всем равные возможности.

2024-2025 КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ДОХОДАХ – Детское учреждение домашнего типа Tier 2 / Доход семьи**ИНСТРУКЦИИ**

- Если Ваше домохозяйство получает SNAP, TANF, WIC, OHP, Head Start, Бесплатное/Сниженные цены на питание по программе National School Lunch Program (NSLP) или FDPIR, заполните части 1-3, и 7; часть 6 заполняется по желанию.
- Если Вы не получаете эти бенефиты и уровень Вашего дохода, ниже указанного в методических указаниях (guidelines), заполните части 1-5 и 7; часть 6 заполняется по желанию.
- Если Вы подаете заявление на ПРИЁМНОГО РЕБЁНКА (FOSTER CHILD), заполните части 1, 4 и 7; часть 6 заполняется по желанию. Любой пункт о доходе, оставленный незаполненным, будет считаться нулевым (zeros). Пожалуйста, проявляйте осторожность, оставляя пункты незаполненными.

1 ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВАЙДЕРЕ ДЕТСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Имя провайдера детского учреждения (фамилия, имя): _____

Да Нет Вышеупомянутый провайдер детского учреждения может ознакомиться с информацией, предоставленной в этой форме. Я понимаю, что мои дети могут участвовать в этой программе детского учреждения, если я предпочту не делиться этой информацией.

2 ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

Напишите печатными буквами имя человека, заполнившего это заявление (Фамилия, Имя) _____

Домашний телефон _____

Рабочий телефон _____

Street Address (Улица Адрес)– apt # (Номер дома/квартиры) _____

Общее количество людей, проживающих в данном домохозяйстве _____

City (Город), State (Штат), Zip Code (Почтовый индекс) _____

(Напишите имена всех членов домохозяйства в частях 4 и/или 5 этой формы)

3 ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБЩЕСТВЕННЫХ БЕНЕФИТАХ Укажите, какие бенефиты Ваше домохозяйство получает в настоящее время и напишите номер дела (case), если получает:Название: _____ Номер дела: _____
(Номер карты Oregon Trail Card не принимается)

- SNAP (Программа дополнительного питания Supplemental Nutrition Assistance Program)
 TANF (Временная помощь нуждающимся семьям Temporary Assistance to Needy Families) (Employment Related Day Care не подходит)
 FDPIR (Распределение продуктов в индейских резервациях Food Distribution Program on Indian Reservations) Head Start Oregon Health Plan (OHP)
 WIC номер дела (case number) _____ Free/Reduced Price School Meals on National School Lunch Program Питание бесплатное/сниз. цена (NSLP)

4 ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЁНКЕ (Names of Your Children Enrolled in Child Care)

Имя ребёнка (Официальная фамилия, Имя)	Дата рождения	Возраст	Проверить, приёмный ли ребёнок (помещенный агентством welfare или судом)
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Пожалуйста, расу или этничность своего ребёнка:

Отметить одну этничность: испанец или латиноОтметить одну или более расовую идентичность,если любая: коренной гаваец или другие тихоокеанские острова**5 ЧЛЕНЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА И СОВОКУПНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД – если не месячный, смотри методику расчета на оборотной стороне**Записать имена **всех** членов домохозяйства, не перечисленных в разделе номера 2, даже если они не получают доход.
(Фамилия, имя)

Месячный доход общий заработок и зарплаты до вычетов

Месячные выплаты на ребёнка, пособие, алименты

Месячные пенсии (Pensions) соц. страхование, (Social Security), пенсия (Retirement), SSI, VA (ветераны)

Другие виды месячного дохода -включая пособие по безработице и рабочую компенсацию.

Отметить если дохода НЕТ

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

6 РАСОВАЯ ИЛИ ЭТНИЧЕСКАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (По желанию)

Пожалуйста, расу или этничность своего ребёнка:

Отметить одну этничность: испанец или латино не испанец или латиноОтметить одну или более расовуюидентичность, если любая: американский индеец и коренной аляскинец азиат черный или афроамериканец коренной гаваец или другие тихоокеанские остр белый/белая другая: _____

7 ПОДПИСЬ, ДАТА и Последние четыре НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (Взрослый должен подписать)

Я утверждаю, что вся информация, представленная выше, соответствует действительности, и весь доход отражён (reported). Я понимаю, что вся эта информация дается в связи с получением федерального финансирования; что официальные лица штата могут проверить; и намеренное искажение может повлечь за собой юридическую ответственность в соответствии с законами штата и федеральными законами (statutes).

_____ поставьте инициалы, если Вы согласны разрешить провайдеру детского учреждения передать Вашу форму спонсору (Sponsor). Ваш провайдер не будет проверять Вашу форму.

Подпись взрослого члена домохозяйства

Дата подписания

Номер социального страхования * (См. Информацию о конфиденциальности)

 У меня номера социального страхования.

X _____

Месяц/день/год

XXX-XX-____

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОНСОРОМ – НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ

Совокупный доход: _____ Количество в домохозяйстве: _____

Имеет право (Eligibility): Tier 1 Tier 2Право на основе: SNAP TANF FDPIR Head Start OHP WIC NSLP Household Income Foster Child

Примечания:

Подпись официального лица, принявшего решение: _____ Дата _____

2-ой проверяющий (инициалы) _____ Дата _____

РАСЧЕТ МЕСЯЧНОГО ДОХОДА ДЛЯ ЗАРАБОТКОВ (EARNINGS) И ЗАРПЛАТ (WAGES)

Месячный доход для всех членов домохозяйства необходимо записать в Разделе 4 этого заявления. Под Доходом понимаются любые деньги, регулярно получаемые от работы, выплаты на ребенка, алиментов, пенсий (pensions), страховых пенсий (retirements), социального страхования или из любых других источников. Исключить студенческие/школьные займы (loans). Деньги, полученные от принадлежащих Вам бизнеса или фермы, должны быть записаны в категории «чистый доход» (net income). *Чистый доход определяется как совокупный доход, оставшийся после вычета операционных расходов по бизнесу и ферме из валового дохода.*

Участники программы WIC могут иметь право на получение бесплатного питания или питания по пониженным ценам. Бездомный, мигрант и сбежавшая из дома молодежь имеют право на бесплатную еду без всяких исключений.

Члены домохозяйства, не получающие оплату ежемесячно, должны перевести сумму заработков в месячный доход, выполняя следующие действия:

Члены домохозяйства, которым платят каждую неделю: Умножить совокупные заработки и зарплату за один платежный период, до вычетов, на 52. Затем разделить полученную сумму на 12. Полученный результат и будет совокупным месячным доходом.

Члены домохозяйства, которым платят каждые две недели: Умножить совокупные заработки и зарплату за один платежный период, до вычетов, на 26. Затем разделить полученную сумму на 12. Полученная в результате сумма и будет совокупным месячным доходом.

Члены домохозяйства, которым платят два раза в месяц: Умножить совокупные заработки и зарплату за один платежный период, до вычетов, на 24 и затем разделить на 12. Полученная в результате сумма и будет совокупным месячным доходом.

Члены домохозяйства, работающие сезонными рабочими или работающие менее 12 месяцев: Подсчитать предполагаемый годовой размер дохода, чтобы правильно представить фактические обстоятельства, затем полученную сумму разделить на 12. Полученная в результате сумма и будет предполагаемым месячным доходом.

ЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ДОХОДУ

Ваши дети могут быть квалифицированы, по меньшей мере, для получения питания по пониженным ценам, если доход Вашего домохозяйства находится в пределах этой таблицы.

Размер домохозяйства	Питание по пониженным ценам				
	Годовой	Месячный	Дважды в месяц	Каждые две недели	Еженедельно
-1-	27,861	2,322	1,161	1,072	536
-2-	37,814	3,152	1,576	1,455	728
-3-	47,767	3,981	1,991	1,838	919
-4-	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
-5-	67,673	5,640	2,820	2,630	1,302
-6-	77,626	6,469	3,235	2,986	1,493
-7-	87,579	7,299	3,650	3,369	1,685
-8-	97,532	8,128	4,064	3,752	1,876
Для каждого дополнительного члена семьи прибавить	9,953	830	415	383	192

ИНФОРМАЦИЯ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ – НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ И ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Национальный акт о школьных ланчах Ричарда Б. Рассела (Richard B. Russell National School Lunch Act) требует предоставления информации в этом заявлении. Вы не обязаны это делать, но без информации мы не сможем одобрить предоставление еды для Вашего ребёнка бесплатно или по сниженным ценам. Вы должны написать последние 4 цифры номера социального страхования взрослого члена домохозяйства, который подписывает данное заявление. Писать последние 4 цифры номера социального страхования не требуется, если заявление подается от имени ребенка на попечении (foster) или Вы записываете номер дела в Программе помощи для дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), или в программе Временная помощь нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families (TANF) или идентификатор своего ребенка в Программе распределения продуктов на территориях индейских резерваций (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) или, когда Вы указываете, что взрослый член домохозяйства, подписывающий это заявление, не имеет номера социального страхования. Мы используем данную информацию для определения права Вашего ребенка на получение еды бесплатно или по сниженным ценам, и для администрирования и реализации программ по ланчам и завтракам. Мы **можем** передать Вашу информацию о соответствии требуемым критериям в образовательные, медицинские и продуктовые программы, чтобы помочь им оценить, профинансировать или определить бенефиты для своих программ; аудиторам для проверки программ; и правоохранительным органам для расследования нарушений правил программ. Мы можем передать информацию из данной формы в Medicaid или в Программу медицинского страхования детей (SCHIP) (State Children's Health Insurance Program), но, если Вы нас попросите не делать этого, мы не будем передавать эту информацию. Информация, в случае ее раскрытия, будет использована только для идентификации отвечающих требованиям детей, если их хотят зарегистрировать в Medicaid или SCHIP.

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах (civil rights) и нормами и политикой в области гражданских прав Департамента сельского хозяйства США (USDA), этой организации запрещено проводить дискриминацию на основе расы, цвета, страны происхождения, пола (включая гендерную идентификацию и сексуальную ориентацию), инвалидности, возраста, или преследовать (reprisal) или осуждать (retaliation) за деятельность в области гражданских прав в прошлом. Помимо английского, информация о программе может быть доступна на других языках. Людям с инвалидностью требуются альтернативные способы коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля (Braille), крупный шрифт, аудио плёнки, американский жестовый язык (Sign Language), и для этого им следует обратиться в соответствующее местное агентство или в агентство на уровне штата, которые администрируют программы или в центр TARGET Center при USDA по телефону (202) 720-2600 (голос и TTY) или обратиться в USDA через Федеральную релейную службу (Federal Relay Service) по телефону (800) 877-8339. Для подачи жалобы на дискриминацию, истец (Complainant) должен заполнить Форму AD-3027, Форму программы USDA о жалобе на дискриминацию (Program Discrimination Complaint Form), которую можно получить онлайн по адресу: [ad3027-russian.pdf](#), из любого офиса USDA, позвонив по телефону в любом офисе USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992, или направив письмо в USDA. В письме необходимо написать имя истца, адрес, номер телефона, и письменное детальное описание предполагаемого дискриминационного деяния для информирования Помощника секретаря по гражданским правам (Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) о природе и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненная форма AD-3027 или письмо должны быть поданы в USDA по: 1. **почте**: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; или по **факсу**: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или по **э-почте (email)**: program.intake@usda.gov.

Эта организация является провайдером равных возможностей.