

Уважаемый поставщик услуг по уходу за детьми!

Чтобы иметь право на компенсацию I уровня, а также если Вы желаете получать компенсацию расходов на питание своих собственных детей в рамках Программы продовольственного обеспечения детей и взрослых (Child and Adult Care Food Program, CACFP) Министерства сельского хозяйства США, Вам необходимо заполнить приложенный к этому письму бланк конфиденциальной декларации о доходах, подписать его и выслать нам.

- 1. Каким критериям необходимо соответствовать, чтобы получать компенсацию I уровня, призванную покрыть расходы на питание детей, посещающих мое детское учреждение?** Вы должны (а) проживать в местности, в которой выплата компенсации признана экономически обоснованной (с учетом количества школьников и результатов переписи населения), либо (б) обосновать экономическую целесообразность выплат, заполнив приложенную к настоящему письму конфиденциальную декларацию о доходах.
- 2. Кто решает, сможет ли мое детское учреждение получать компенсацию I уровня?** Решение о назначении компенсации выносит наша организация с учетом сведений, указанных Вами в конфиденциальной декларации о доходах. Обязательно заполните и подпишите бланк декларации. Укажите все источники дохода домохозяйства (не только доходы Вашего детского учреждения) и приложите необходимую подтверждающую документацию. **Отправьте заполненную декларацию и сопутствующую документацию по адресу: Nutrition First, 2475 Center St NE, Salem, OR 97301**
- 3. Какую документацию необходимо приложить к конфиденциальной декларации о доходах?** Если Ваше детское учреждение функционировало в прошлом году, приложите копию последней налоговой декларации, в том числе приложение С. Если Ваша последняя налоговая декларация и приложение С не отражают нынешнюю ситуацию, Вы можете подать документы, подтверждающие размер текущих доходов и расходов. Для этого приложите платежные ведомости, связанные с работой и другими источниками дохода. В этих документах должны быть указаны имя и фамилия лица, получившего доход, дата получения дохода, сумма дохода и частота получения дохода.
- 4. Как получить компенсацию расходов на питание собственных детей?** Согласно закону, чтобы получить компенсацию расходов на питание собственных детей, нужно заполнить эту декларацию. Это необходимо даже в том случае, если Вы проживаете в местности, где выплата компенсации признана экономически обоснованной, а Вашему детскому учреждению присвоен статус I уровня. Наш отдел может проверить задекларированные Вами сведения.
- 5. Можно ли получить компенсацию, если я не проживаю в местности, где ее выплата признана экономически обоснованной, и не хочу подавать конфиденциальную декларацию о доходах?** Вы будете получать компенсацию расходов на питание посещающих Ваше детское учреждение детей по более низкой ставке.
- 6. Будут ли проверять представленные мною сведения?** Возможно. Мы можем попросить Вас выслать документы, подтверждающие представленные сведения. **Что если меня не устроит решение, принятое с учетом представленных мною сведений?** Вам необходимо обратиться в спонсорскую организацию.
- 7. 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.
- 8. 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, Вы получите компенсацию большего размера. Если Вам одобряют скидку или бесплатное питание на основании дохода или по факту получения помощи 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), подтвержденного действительным номером дела, Вы сможете пользоваться этими льготами до 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.
- 9. Можно ли заполнять декларацию, если в домохозяйстве есть лица, не имеющие гражданства США?** Да. Наличие американского гражданства у Вас или у Ваших детей необязательно.
- 10. Что если я воспитываю детей, оставшихся без попечения родителей?** Дети, оставшиеся без попечения родителей и официально помещенные в семью государственным агентством по защите детей, имеют право на бесплатное питание независимо от личного дохода или от дохода домохозяйства, в котором они проживают. Домохозяйствам, которые хотят получать льготы на детей, оставшихся без попечения родителей, следует обратиться к **Nutrition First, 2475 Center St NE, Salem, OR 97301**. Кроме того, при определении права других детей в домохозяйстве на получение льготного или бесплатного питания, дети, оставшиеся без попечения родителей, могут учитываться как члены домохозяйства.
- 11. Мы в армии; нужно ли нам декларировать квартирное 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.

Программа CACFP не допускает 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
Nutrition First CACFP

Данное учреждение предоставляет всем равные возможности.

2025-2026 КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ДОХОДАХ – Провайдеры центров по уходу за детьми/детских учреждений домашнего типа**ИНСТРУКЦИИ:**

- Если Ваше домохозяйство получало SNAP, TANF или FDPIR, заполните части 1-3, и 5; часть 6 заполняется по желанию.
- Если Вы не получаете эти бенефиты, и уровень Вашего дохода, ниже указанного в методических указаниях (guidelines) (на обороте) заполните части 1, 2, 4, и 5; часть 6 заполняется по желанию.
- Если Вы подаете заявление только на ПРИЁМНОГО РЕБЁНКА (FOSTER CHILD), заполните части 1, 2, и 5; часть 6 заполняется по желанию.
Любой пункт о доходе, оставленный незаполненным, будет считаться нулевым (zeros). Пожалуйста, проявляйте осторожность, оставляя пункты незаполненными.

1 ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

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

Имя Печатными буквами

Почтовый адрес – (номер дома или квартиры) Apt #

City (город) State (штат) Zip (почтовый индекс)

Домашний телефон или мобильник (обведите один)

Рабочий телефон

→ Количество проживающих в этом домохозяйстве _____
(Напишите **всех** членов домохозяйства
В части 2 и/или части 4 этой формы)

2 ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЁНКЕ – (Имена Ваших детей, зарегистрированных в детском учреждении)

Проверить, если приёмный

Имя ребёнка (официальная фамилия, имя)

Дата рождения

Возраст

(помещен welfare агентством или судом). Если только ребёнок/дети на попечении см. инструкции выше

1. _____

2. _____

3. _____

☐
☐
☐
3 ОБЩЕСТВЕННЫЕ БЕНЕФИТЫ Укажите бенефиты, которые Ваше домохозяйство получает в настоящее время, и напишите номер дела (case), если получает:

Имя: _____ Номер дела (Case): _____

- ☐ SNAP (Программа дополнительного питания Supplemental Nutrition Assistance Program) (номер карты *Oregon Trail Card* не принимается)
☐ TANF (Временная помощь нуждающимся семьям Temporary Assistance to Needy Families) (карта *Employment Related Day Care* не подходит)
☐ FDPIR (Распределение продуктов в индейских резервациях Food Distribution on Indian Reservations)

4 ЧЛЕНЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА И СОВОКУПНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД – если не месячный, смотри методику расчета на оборотной стороне

Колонка 1

Колонка 2

Колонка 3

Колонка 4

Колонка 5

Колонка 6

Записать **всех** членов домохозяйства, включая детей, не посещающих школу, и доход. Не включайте детей, записанных в части 2, если только они не получают регулярный доход.
(Фамилия, имя)

МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД (Общий заработок и зарплаты до вычетов)

МЕСЯЧНЫЕ ВЫПЛАТЫ НА РЕБЁНКА, ПОСОБИЕ, АЛИМЕНТЫ ПОЛУЧЕННЫЕ

МЕСЯЧНЫЕ ПЕНСИИ (pension), СОЦ. СТРАХОВАНИЕ, 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 ПОДПИСЬ, ДАТА и Последние четыре цифры НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (Взрослый должен подписать)

Я утверждаю, что вся информация, предоставленная на этой форме, соответствует действительности, и весь доход отражён (reported) полностью. Я понимаю, что центр или детское учреждение домашнего типа, будет получать федеральное финансирование на основе предоставленной мною информации. Я понимаю, что официальные лица SACFP могут проверить информацию. Я понимаю, что, если я намеренно предоставил ложную информацию, участник, получающий питание может утратить бенефиты на питание, и меня будут преследовать по закону.

Подпись взрослого члена домохозяйства

Дата подписи

Номер социального страхования

☐ У меня нет номера социального страхования.

X _____

(Смотри на оборотной стороне информацию о конфиденциальности) XXX-XX-____

месяц/день/год

6 РАСОВАЯ ИЛИ ЭТНИЧЕСКАЯ ГРУППА (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Отметить одну этническую идентификацию:

- ☐ испанец или латино
☐ не испанец или латино

Отметить одну или более расовую идентификацию:

- ☐ азиат
☐ американский индеец и коренной аляскинец
☐ коренной гаваец или другие тихоокеанские острова
☐ черный или афроамериканец
☐ белый/белая
☐ другая

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОНСОРОМ – НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ

Совокупный доход: _____ Количество в домохозяйстве: _____

Центры

Имеет право (eligibility): ☐ бесплатно ☐ по сниженной цене ☐ выше шкалы

FDCH

☐ Tier 1 ☐ Tier 2

Право на основе: ☐ SNAP ☐ TANF ☐ FDPIR ☐ доход домохозяйства ☐ приёмный ребенок

Примечания: _____

Подпись официального лица, принявшего решение: _____ дата _____

Подпись 2-го проверяющего: _____

дата _____

Tier 1 School: _____ % _____

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 бесплатной еды или еды по сниженным ценам. Бездомный, мигрант и сбежавшая из дома молодежь имеют право на бесплатную еду без всяких исключений.

Члены домохозяйства, **не** получающие оплату помесечно, 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.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ДОХОДУ

Ваши дети могут быть квалифицированы, по меньшей мере, для получения питания по сниженным 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-	28,953	2,413	1,207	1,114	557
-2-	39,128	3,261	1,631	1,505	753
-3-	49,303	4,109	2,055	1,897	949
-4-	59,478	4,957	2,479	2,288	1,144
-5-	69,653	5,805	2,903	2,679	1,340
-6-	79,828	6,653	3,327	3,071	1,536
-7-	90,003	7,501	3,751	3,462	1,731
-8-	100,178	8,349	4,175	3,853	1,927
Для каждого дополнительного члена семьи прибавить	10,175	848	424	392	196

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 получение еды Вашим ребенком 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 и Программу медицинского страхования детей (State Children's Health Insurance Program (SCHIP), но, если Вы нас попросите не делать этого, мы не будем предавать эту информацию. Информация, в случае ее раскрытия, будет использована только для идентификации отвечающих требованиям участникам, 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.