

INSTRUKCJE na odwrocie.

Nazwa ośrodka \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko dorosłego pozostającego pod opieką \_\_\_\_\_

**Część 1. Należy wypełnić tę część, jeśli którykolwiek z członków gospodarstwa domowego otrzymuje Świadczenia programu dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), korzysta z Programu doraźnej pomocy rodzinom w potrzebie (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), z Programu dystrybucji żywności w rezerwach Indian (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) lub jeśli Wnioskodawca otrzymuje świadczenia z ubezpieczenia społecznego (Supplemental Security Income, SSI) lub Medicaid. Następnie należy przejść do części 3.**

Numer sprawy SNAP \_\_\_\_\_

Numer sprawy SSI \_\_\_\_\_

Numer TANF \_\_\_\_\_

Numer sprawy Medicaid \_\_\_\_\_

Numer FDIPIR \_\_\_\_\_

**Część 2a. Tę część należy wypełnić jedynie w przypadku niewypełnienia Części 1. Osoba składająca wniosek powinna wymienić siebie, swojego(-ą) małżonka(-ę) oraz wszelkie osoby pozostające na jej utrzymaniu, jeśli mieszkają w tym samym gospodarstwie domowym. Następnie należy wpisać wszystkie przychody uzyskane w poprzednim miesiącu przez gospodarstwo domowe.**

Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego	Wynagrodzenie brutto (przed potrąceniem)		Miesięczne świadczenia, świadczenia alimentacyjne, alimenty	Miesięczny przychód z renty, emerytury, ubezpieczenia społecznego	Wszelkie inne miesięczne przychody
	Praca nr 1	Praca nr 2			
1 _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____
2 _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____
3 _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____
4 _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____
5 _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____	USD _____

**Część 2b. Jeśli wypełniono część 2a, na formularzu należy podać nazwisko i ostatnie cztery cyfry numeru ubezpieczenia społecznego (Social Security Number, SSN) osoby dorosłej podpisującej Część 3. Jeśli osoba dorosła nie posiada SSN, należy wpisać drukowanymi literami „NONE” (brak) w odpowiednim miejscu.**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ SSN (ostatnie 4 cyfry) \_\_\_\_\_

**Część 3. Po zapoznaniu się z następującym oświadczeniem i oświadczeniem o prywatności na drugiej stronie proszę podpisać poniżej.**

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i poprawne oraz że wszystkie przychody zostały uwzględnione. Rozumiem, że ośrodek otrzyma środki z budżetu federalnego na podstawie udzielonych przeze mnie informacji.

Podpis \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

WYPEŁNIA SPONSOR

Numer umowy CACFP	łączna liczba członków gospodarstwa domowego	łączny przychód	USD	Bezpłatny <input type="checkbox"/>	Tańszy <input type="checkbox"/>	Płatny <input type="checkbox"/>
Podpis pracownika ośrodka				Data decyzji		

Ta instytucja jest świadczeniodawcą zapewniającym równe szanse.

---

**Oświadczenie o prywatności:** Zgodnie z Ustawą o posiłkach szkolnych Richarda B. Russella (Richard B. Russell National School Lunch Act) wymagane jest podanie informacji w tym formularzu. Nie musi Pan/Pani podawać tych informacji, ale w takim przypadku nie będzie można zatwierdzić Pana/Pani uczestnictwa w programie bezpłatnych lub tańszych posiłków. Konieczne jest podanie czterech ostatnich cyfr SSN osoby dorosłej, która podpisuje formularz. Podanie SSN nie jest konieczne w przypadku podania numeru sprawy SNAP, TANF, FDPIR, SSI lub Medicaid w przypadku uczestników oraz wtedy, gdy zaznacza się, że dorosły członek gospodarstwa domowego podpisujący formularz nie posiada SSN. Podane informacje zostaną użyte w celu określenia, czy ośrodek kwalifikuje się do częściowego lub całkowitego dofinansowania posiłków, a także do przyjęcia i wdrożenia Programu.

### Instrukcja wypełniania formularza DOH-3834

#### Definicja przychodu

*Przychód* oznacza wszelkie przychody przed odjęciem podatku dochodowego, składki na ubezpieczenie społeczne, innych składek ubezpieczeniowych, darowizn na cele charytatywne, obligacji itp. Obejmuje on: (1) pieniężne wynagrodzenie za usługi, w tym wynagrodzenie tygodniowe i miesięczne, prowizje i pobierane opłaty; (2) dochód netto z prowadzonej działalności innej niż rolnicza; (3) dochód netto z prowadzonej działalności rolniczej; (4) wypłaty z ubezpieczenia społecznego; (5) dywidendy i odsetki z oszczędności lub obligacji, przychody z nieruchomości lub dzierżawy bądź dochód z wynajmu netto; (6) zasiłek dla bezrobotnych; (7) emerytura wojskowa lub dla osób w służbie cywilnej oraz fundusze emerytalne i dodatki dla weteranów; (8) prywatne emerytury i fundusze emerytalne; (9) alimenty; (10) regularnie otrzymywane środki od osób niemieszkających w danym gospodarstwie domowym; (11) tantiemy netto; (12) benefity wojskowe otrzymywane w gotówce, takie jak dodatek mieszkaniowy, z wyjątkiem udziału w inicjatywie prywatyzacji wojskowych lokali mieszkalnych (Military Housing Privatization Initiative); oraz (13) wszelkie inne przychody w gotówce.

#### Definicja gospodarstwa domowego

Gospodarstwo domowe oznacza *rodzinę* według definicji zawartej w Punkcie 226.2. *Rodzinę* definiuje się jako uczestnika będącego osobą dorosłą wraz z małżonkiem(-ką) oraz osobą lub osobami pozostającymi na utrzymaniu uczestnika będącego osobą dorosłą, jeśli mieszkają one z uczestnikiem będącym osobą dorosłą.

### Instrukcja dla Wnioskodawców

Wpisać nazwę ośrodka w przeznaczonym do tego celu miejscu.

Wpisać drukowanymi literami nazwisko osoby dorosłej korzystającej z usług ośrodka.

**CZĘŚĆ 1:** Jeśli jeden z członków gospodarstwa domowego otrzymuje SNAP, TANF, korzysta z FDPIR lub Wnioskodawca otrzymuje SSI lub Medicaid, należy wypełnić CZĘŚĆ 1. Proszę wpisać numer sprawy SNAP, TANF, FDPIR, SSI lub Medicaid. Następnie należy wypełnić CZĘŚĆ 3 i dostarczyć formularz do ośrodka.

**CZĘŚĆ 2a:** Sekcję tę należy wypełnić, jeśli nie wypełniono CZĘŚCI 1. Osoba składająca wniosek powinna wymienić siebie, swojego(-ą) małżonka(-ę) oraz wszelkie osoby pozostające na jej utrzymaniu, jeśli mieszkają w tym samym gospodarstwie domowym. Następnie należy wpisać wszystkie przychody uzyskane w poprzednim miesiącu przez gospodarstwo domowe.

Proszę podać kwotę przychodu uzyskanego przez każdą osobę w **ostatnim miesiącu** przed potrąceniem podatków i innych opłat. Można wspomóc się definicją przychodu i definicją gospodarstwa domowego powyżej. Jeśli przychód któregoś z osób był w zeszłym miesiącu większy lub mniejszy niż zwykle, proszę podać zwykle uzyskiwany przez tę osobę przychód.

**CZĘŚĆ 2b:** W przypadku wypełnienia CZĘŚCI 2a wymagane są ostatnie cztery cyfry SSN osoby dorosłej podpisującej oświadczenie. W przypadku osób bez SSN należy wpisać „none” (brak).

**CZĘŚĆ 3:** Następnie należy złożyć swój podpis wraz z datą na formularzu i dostarczyć go do ośrodka.

### Instrukcje dla sponsorów i ośrodków

Część „For Sponsor Use Only” (Wypełnia sponsor) musi zostać wypełniona oraz opatrzona podpisem i datą przez pracownika ośrodka lub sponsora. Sponsor / przedstawiciel ośrodka musi przejrzeć Formularz kwalifikowalności na podstawie przychodu i upewnić się, że został wypełniony zgodnie z powyższymi instrukcjami. Następnie musi podać następujące informacje:

#### **Numer umowy sponsora CACFP.**

**Łączna liczba członków gospodarstwa domowego** - Tego punktu nie trzeba wypełniać, jeśli uczestnik wypełnił CZĘŚĆ 1.

**Łączny przychód** - Tego punktu nie trzeba wypełniać, jeśli uczestnik wypełnił CZĘŚĆ 1. Wskazać całkowity miesięczny przychód, obliczony w CZĘŚCI 2a. Jeśli uczestnik woli nie podawać przychodu, formularz będzie musiał zostać zakwalifikowany jako *płatny*.

**Bezpłatny, tańszy lub płatny** - należy porównać łączny przychód gospodarstwa domowego i łączną liczbę członków gospodarstwa domowego z obowiązującymi w tym roku wytycznymi CACFP-3687 Income Eligibility Guidelines (Wytyczne dotyczące kwalifikowalności na podstawie przychodu), aby ustalić, czy dane gospodarstwo domowe należy przypisać do kategorii „**bezpłatny**”, „**tańszy**” czy „**płatny**”. Należy użyć odpowiedniej kolumny w dokumencie CACFP-3687, aby skategoryzować przychód. Przykładowo, jeżeli uczestnik wykazał przychód otrzymywany co dwa tygodnie, należy pomnożyć tę kwotę przez 26, aby uzyskać roczny przychód.

Niekompletne formularze (brak podpisu, informacji o przychodach, numeru sprawy SNAP, TANF, FDPIR, SSI lub Medicaid) należą do kategorii „płatny”.

Przedstawiciel sponsora/ośrodka, który ustala kwalifikowalność, powinien opatrzyć formularz podpisem i datą.

**Formularz kwalifikowalności na podstawie przychodu jest ważny do ostatniego dnia miesiąca, w którym upływa rok kalendarzowy od daty złożenia podpisu.** Na przykład, formularz podpisany 12 maja 2019 r. jest ważny do 31 maja 2020 r.