

Prezado Pai/Responsável:

Esta carta é destinada aos pais ou responsáveis por crianças matriculadas em uma creche familiar. Seu prestador de cuidados infantis oferece refeições saudáveis a todas as crianças matriculadas como parte de nossa participação no Programa de Alimentos para Cuidados de Crianças e Adultos (CACFP) do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA). O CACFP procede ao reembolso de refeições e lanches saudáveis servidos a crianças inscritas em estruturas de acolhimento de crianças. Por favor, ajude-nos a cumprir os requisitos do CACFP preenchendo o Formulário de Elegibilidade de Rendimento de Benefício de Refeição em anexo.

1. Sou obrigado a preencher um Formulário de Elegibilidade de Renda de Benefício de Refeição para que meu(s) filho(s) receba(m) os Benefícios do CACFP? Não, mas se você optar por fazê-lo, seu provedor pode receber um reembolso maior pelas refeições servidas ao seu filho. Se você preencher o formulário, terá a opção de devolvê-lo diretamente ao seu provedor ou ao patrocinador do provedor, **Yours for Children, Inc.** Se desejar fornecer seu formulário diretamente ao patrocinador, devolva o formulário preenchido ao **Yours para Children, Inc., 489 Washington St., Suíte 109 Auburn MA 01501.**

___ Coloque as iniciais aqui se você consentir em permitir que seu prestador de cuidados infantis para recolher o seu formulário e entregá-lo ao Patrocinador. Seu provedor de cuidados infantis não revisará seu formulário.

2. Preciso preencher um Formulário de Benefício de Refeição para cada um dos meus filhos na creche? Você pode preencher e enviar um Formulário de Elegibilidade de Renda para Benefício de Refeição do CACFP para todas as crianças matriculadas em creches em sua casa **somente** se as crianças em creches estiverem matriculadas na mesma casa. Não podemos aprovar um formulário que não esteja completo, portanto, leia as instruções com atenção e preencha todas as informações necessárias.

3. Quem se qualifica para o reembolso mais alto sem fornecer informações de renda? Seu provedor receberá um reembolso maior por refeições servidas para crianças adotivas e crianças em famílias que recebem o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) (anteriormente Vale-Refeição), Auxílio Transitório para Famílias com Filhos Dependentes (TAFDC) ou Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDIPIR). Crianças em famílias que participam do WIC também podem se qualificar para o reembolso mais alto.

4. Quem se qualifica para o reembolso mais alto com base na renda? Seu provedor pode receber um reembolso maior pelas refeições servidas a seus filhos se sua renda familiar estiver dentro dos limites de preço reduzido na Tabela de Renda Federal, mostrada neste formulário. Crianças em famílias que participam do WIC podem ser elegíveis para o reembolso mais alto.

5. Posso preencher um formulário se alguém em minha casa não for cidadão americano? Sim. Você ou seus filhos não precisam ser cidadãos americanos para se qualificarem para os benefícios de refeição oferecidos na creche.

6. Quem devo incluir como membros da minha família? Você deve incluir todos em sua casa (como avós, outros parentes ou amigos que moram com você) que compartilham receitas e despesas. Você deve incluir você e todas as crianças que moram com você. Você também pode incluir quaisquer filhos adotivos que vivam com você.

7. Como faço para relatar informações sobre renda e mudanças no status do emprego? A renda que você relatar deve ser a renda bruta total listada por fonte para cada membro da família recebida no mês anterior. Se a renda do mês anterior não refletir com precisão suas circunstâncias, você pode fornecer uma projeção de sua renda mensal. Caso não tenha ocorrido nenhuma mudança significativa, você pode usar o rendimento do último mês como base para fazer essa projeção. Se a renda da sua família for igual ou inferior aos valores indicados para o tamanho da sua família na Tabela de Renda anexa, a creche familiar receberá um nível mais alto de reembolso. Uma vez devidamente aprovado para a taxa de reembolso mais alta, seja por meio de renda ou fornecendo um número de caso SNAP, TAFDC ou FDIPIR atual, você permanecerá elegível para esses benefícios por 12 meses. Você deve, no entanto, notificar-nos se você ou alguém em sua família ficar desempregado e a perda de renda do desemprego fizer com que sua renda familiar fique dentro dos padrões de elegibilidade.

8. E se minha renda não for sempre a mesma? Liste a quantia que você normalmente recebe. Por exemplo, se você normalmente recebe \$ 1.000 por mês, mas perdeu algum trabalho no mês passado e só recebeu \$ 900, anote que você recebe \$ 1.000 por mês. Se você normalmente ganha horas extras, inclua-as, mas não se você só as recebe algumas vezes.

9. E se eu tiver filhos adotivos? Filhos adotivos que estão sob a responsabilidade legal de uma agência de assistência social ou tribunal qualificam-se automaticamente para o reembolso mais alto. Qualquer filho adotivo na família se qualifica, independentemente da renda. As famílias podem incluir filhos adotivos no Formulário de Benefício de Refeição, mas não são obrigados a incluir os pagamentos recebidos pelo filho adotivo como renda. As famílias que desejam solicitar tais benefícios para filhos adotivos devem entrar em contato com o **Diretor Executivo, Yours for Children, Inc., 489 Washington St., Suíte 109 Auburn MA 01501. 800.222.2731.**

10. Somos militares , incluimos como renda nossa moradia e ajuda de custo? Se a sua moradia fizer parte da Iniciativa de Privatização da Habitação Militar e você receber o Subsídio Suplementar de Subsistência Familiar, não inclua esses subsídios como renda. Além disso, no que diz respeito aos membros do serviço destacados, apenas a parte do rendimento de um membro do serviço destacado disponibilizada por eles ou em seu nome ao agregado familiar será contabilizada como rendimento do agregado familiar. O Combat Pay, incluindo o Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) também está excluído e não será contabilizado como renda familiar. Todos os outros subsídios devem ser incluídos em sua renda bruta.

Na operação de programas de alimentação infantil, nenhuma pessoa será discriminada por causa de raça, cor, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência. Se você tiver outras dúvidas ou precisar de ajuda, ligue para 800.222.2731.

Sinceramente,
Yours for Children, Inc.



INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO CACFP FORMULÁRIO DE ELEGIBILIDADE DE RENDA DE BENEFÍCIO DE REFEIÇÃO (Creche Familiar)

Siga estas instruções, se sua família receber SNAP, TAFDC ou participar do Head Start ou for sem-teto:

Parte 1: Liste todas as crianças matriculadas e membros da família.

Parte 2: Para creches familiares, liste o nome do participante e um SNAP, número do caso TAFDC ou indique a participação no Head Start ou sem-teto. O número SNAP correto não é encontrado no cartão EBT do participante, mas na carta de premiação que o participante recebe.

Parte 3: Pule esta parte.

Parte 4: Assine o formulário. Os últimos quatro dígitos de um Número de Segurança Social **não são** necessários.

Parte 5: Responda a esta pergunta se quiser.

Se você estiver solicitando em nome de uma criança adotiva, use um aplicativo separado para cada criança adotiva e siga estas instruções:

Se **todas as** crianças para as quais você está solicitando forem filhos adotivos ou se você estiver solicitando benefícios apenas para o filho adotivo:

Parte 1: Liste todos os filhos adotivos. Marque a caixa indicando que a criança é um filho adotivo.

Parte 2: Entre em contato conosco pelo **telefone 800.222.2731**.

Parte 3: Pule esta parte.

Parte 4: Assine o formulário. Um Número de Segurança Social **não é** necessário.

Parte 5: Responda a esta pergunta se quiser.

Se algumas das crianças da casa forem filhos adotivos.

Parte 1: Liste todas as crianças matriculadas e membros da família. Para qualquer pessoa, incluindo crianças, sem renda, você deve marcar a caixa "Sem renda". Marque a caixa se a criança for um filho adotivo.

Parte 2: Se o domicílio não tiver um número de caso, pule esta parte.

Parte 3: Siga estas instruções para relatar a renda familiar total deste mês ou do mês passado.

Coluna A – Nome: Liste apenas o nome e o sobrenome de **cada** pessoa que mora em sua casa e que divide renda e despesas, relacionadas ou não (como avós, outros parentes ou amigos que moram com você) com a renda. Inclua você e todas as crianças que moram com você. Anexe outra folha de papel, se necessário.

Coluna B - Renda bruta e frequência com que foi recebida: Para cada membro da família, liste cada tipo de renda recebida no mês. Você deve nos informar com que frequência o dinheiro é recebido – semanalmente, a cada duas semanas, duas vezes por mês ou mensalmente.

Caixa 1: Liste a **renda bruta**, não o salário líquido. A renda bruta é o valor ganho antes dos impostos e outras deduções. Você deve ser capaz de encontrá-lo em seu canhoto ou seu chefe pode lhe dizer.

Caixa 2: Liste a quantia que cada pessoa recebeu mensalmente de bem-estar, pensão alimentícia, pensão alimentícia.

Caixa 3: Liste aposentadoria, Previdência Social, Renda Suplementar de Previdência (SSI), benefícios de Veterano (VA), benefícios por invalidez.

Caixa 4 : Liste **TODAS AS OUTRAS FONTES DE RENDA**, incluindo remuneração do trabalhador, desemprego, benefícios de greve, contribuições regulares de pessoas que não moram em sua casa e qualquer outra renda. **APENAS** para autônomos, informe a receita após as despesas na Caixa 1. A Caixa 4 é para sua empresa, fazenda ou propriedade alugada. Não inclua renda de SNAP, FDPIR, WIC ou benefícios educacionais federais. Se você estiver na Iniciativa de Privatização de Habitação Militar ou receber pagamento de combate, não inclua esse subsídio de moradia como renda.

Parte 4: O membro adulto da família deve assinar o formulário e listar os quatro últimos dígitos do Número do Seguro Social ou marcar a caixa se não tiver um.

Parte 5: Responda a esta pergunta se quiser.



INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO CACFP FORMULÁRIO DE ELEGIBILIDADE DE RENDA DE BENEFÍCIO DE REFEIÇÃO (Creche Familiar)

TODAS AS OUTRAS CASAS seguem estas instruções:

Parte 1: Liste todas as crianças matriculadas e membros da família. Para qualquer pessoa, incluindo crianças, sem renda, você deve marcar a caixa “Sem renda”.

Parte 2: pule esta parte.

Parte 3: Siga estas instruções para relatar a renda familiar total deste mês ou do mês passado.

Coluna A – Nome: Liste apenas o nome e o sobrenome de **cada** pessoa que mora em sua casa e que divide renda e despesas, relacionadas ou não (como avós, outros parentes ou amigos que moram com você) com a renda. Inclua você e todas as crianças que moram com você. Anexe outra folha de papel, se necessário.

Coluna B - Renda bruta e frequência com que foi recebida: Para cada membro da família, liste cada tipo de renda recebida no mês. Você deve nos informar com que frequência o dinheiro é recebido – semanalmente, a cada duas semanas, duas vezes por mês ou mensalmente.

Caixa 1: Liste a **renda bruta**, não o salário líquido. A renda bruta é o valor ganho antes dos impostos e outras deduções. Você deve ser capaz de encontrá-lo em seu canhoto ou seu chefe pode lhe dizer.

Caixa 2: Liste o valor que cada pessoa recebeu no mês de bem-estar, pensão alimentícia, pensão alimentícia.

Caixa 3: Liste aposentadoria, Previdência Social, Renda Suplementar de Previdência (SSI), benefícios de Veterano (VA), benefícios por invalidez.

Caixa 4 : Liste **TODAS AS OUTRAS FONTES DE RENDA**, incluindo remuneração do trabalhador, desemprego, benefícios de greve, contribuições regulares de pessoas que não moram em sua casa e qualquer outra renda. **APENAS** para autônomos, informe a receita após as despesas na Caixa 1. A Caixa 4 é para sua empresa, fazenda ou propriedade alugada. Não inclua renda de SNAP, FDPIR, WIC ou benefícios educacionais federais. Se você estiver na Iniciativa de Privatização de Habitação Militar ou receber pagamento de combate, não inclua esse subsídio de moradia como renda.

Parte 4: O membro adulto da família deve assinar o formulário e listar os quatro últimos dígitos do Número do Seguro Social ou marcar a caixa se não tiver um.

Parte 5: Responda a esta pergunta se quiser.

Declaração da Lei de Privacidade: Isso explica como usaremos as informações que você nos fornecer.

Declaração de Não Discriminação: Isto explica o que fazer se você acredita que foi tratado injustamente.



FORMULÁRIO DE ELEGIBILIDADE DE RENDA DE BENEFÍCIOS DE REFEIÇÕES CACFP (Creche Familiar)

NOME DO FORNECEDOR: _____ NÚMERO DO FORNECEDOR YFCI: _____

| | |
|---|--------------------------------------|
| Parte 1. Todos os membros da família | FAVOR IMPRIMIR DE FORMA CLARA |
| A. Nome do(s) seu(s) filho(s) matriculado(s) próprio(s)/residencial(es): | |
| 1) _____ | 3) _____ |
| 2) _____ | 4) _____ |

| B. Nomes de todos os membros da família (Nome, Inicial do meio, Sobrenome) | ASSINALE (<input type="checkbox"/>) SE FOR UM FILHO ADOTIVO (A RESPONSABILIDADE LEGAL DE UMA AGÊNCIA DE BEM-ESTAR OU TRIBUNAL) * SE TODAS AS CRIANÇAS LISTADAS ABAIXO FOREM FILHOS ADOTIVOS, PULE PARA A PARTE 4 PARA ASSINAR ESTE FORMULÁRIO. | VERIFIQUE SE NÃO HÁ RENDA |
|---|--|---------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Parte 2. Benefícios: Se algum membro de sua família recebeu assistência em dinheiro do SNAP ou TAFDC, forneça o nome e o número do caso da pessoa que recebe os benefícios ou indique o Head Start ou sem-teto. **Se ninguém receber esses benefícios, vá para a parte 3.**

NOME: _____ NÚMERO DO CASO: _____
(O número de identificação da agência da carta de premiação, não o número do cartão EBT, aplica-se ao SNAP e ao TAFDC)

Parte 3. Renda Bruta Total da Família - Você deve nos dizer quanto e com que frequência

| A. Nome (Liste apenas os membros da família com renda) <i>(Exemplo)</i> <i>Jane Smith</i> | B. Receita bruta e com que frequência foi recebida | | | |
|---|--|--|---|-----------------------------|
| | 1. Ganhos do trabalho antes das deduções | 2. Previdência, pensão alimentícia, pensão alimentícia | 3. Pensões, aposentadoria, Previdência Social, SSI, benefícios VA | 4. Todas as outras receitas |
| | \$ 200/semanal _____ | \$ 150/duas vezes por mês _____ | \$ 100/mês _____ | \$ _____ / _____ |
| | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ |
| | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ |
| | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ |
| | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ | \$ _____ / _____ |

Parte 4. Assinatura e os últimos quatro dígitos do número de CPF (o adulto deve assinar)

Um membro adulto da família deve assinar este formulário. **Se a Parte 3 for preenchida, o adulto que assina o formulário também deve listar os últimos quatro dígitos de seu Número de Seguro Social ou marcar a caixa “Não tenho um Número de Seguro Social”.** (Consulte a Declaração da Lei de Privacidade no verso desta página.)

Certifico que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras e que todos os rendimentos são relatados. Entendo que a creche receberá fundos federais com base nas informações que forneço. Entendo que os funcionários do CACFP podem verificar as informações. Entendo que, se eu fornecer informações falsas propositalmente, o participante que receber as refeições poderá perder os benefícios da refeição e eu poderei ser processado.

Assine aqui: _____ Nome impresso: _____

Data: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Cidade (*): Estado (*) Código postal: _____

Últimos quatro dígitos do Número de Seguro Social : _ * _ * _ * - _ * _ * - _____ Não tenho um Número de Seguro Social



FORMULÁRIO DE ELEGIBILIDADE DE RENDA DE BENEFÍCIOS DE REFEIÇÕES CACFP (Creche Familiar)

Parte 5. Identidades étnicas e raciais do participante (opcional)

| | |
|---|---|
| Marque uma identidade étnica: | Marque uma ou mais identidades raciais: |
| <input type="checkbox"/> Hispânico ou Latino <input type="checkbox"/> Não hispânico ou latino | <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> índio americano ou Alaskanativo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Nativo havaiano ou outro ilhéu do Pacífico <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano |
| Não preencha esta parte. Isto é apenas para uso oficial. | |
| Conversão de renda anual: semanal x 52, a cada 2 semanas x 26, duas vezes por mês x 24, mensal x 12 | |
| Renda total: _____ por: <input type="checkbox"/> semana, <input type="checkbox"/> a cada 2 semanas, <input type="checkbox"/> duas vezes por mês, <input type="checkbox"/> mês, <input type="checkbox"/> ano Tamanho da família: _____ | |
| Elegibilidade categórica: ___ Elegível: _____ Não elegível: _____ Nível I _____ Nível II _____ | |
| Razão: _____ | |
| Determinando Assinatura do Funcionário: _____ Data: _____ | |
| Assinatura oficial de confirmação: _____ Data: _____ | |

A criança na creche ou o provedor pode se qualificar para reembolso de Nível 1 se a renda familiar estiver dentro dos limites desta tabela.

| Vigência de 1º de julho de 2024 a 30 de junho de 2025 | |
|---|--------|
| Tamanho da família | Anual |
| 1 | 27,861 |
| 2 | 37,814 |
| 3 | 47,767 |
| 4 | 57,720 |
| 5 | 67,673 |
| 6 | 77,626 |
| 7 | 87,579 |
| 8 | 97,532 |
| Cada pessoa adicional: | +9,953 |

Declaração da Lei de Privacidade: A Lei Nacional de Almoço Escolar Richard B. Russell exige as informações contidas neste formulário. Você não é obrigado a fornecer as informações, mas se não o fizer, não podemos aprovar o participante para refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve incluir os últimos quatro dígitos do Número de Seguro Social do membro adulto da família que assina o requerimento. O Número do Seguro Social não é necessário quando você se inscreve em nome de um filho adotivo ou lista um Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP), Programa de Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) ou Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) número de caso para o participante ou outro identificador (FDPIR) ou quando você indicar que o membro adulto da família que assina a inscrição não possui um Número de Seguro Social. Usaremos suas informações para determinar se o participante é elegível para refeições gratuitas ou a preço reduzido e para administração e aplicação do Programa.

Declaração de não discriminação: De acordo com a lei federal e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), idade, deficiência e represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio e linguagem de sinais americana) devem entrar em contato com o Estado responsável ou agência local que administra o programa ou o Centro TARGET do USDA em (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entre em contato com o USDA através do Federal Relay Service em (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação de programa, o reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de reclamação de discriminação de programa do USDA, que pode ser obtido online, em www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-programdiscrimination-complaint-form.pdf, de qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992 ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome do reclamante, endereço, número de telefone e uma descrição por escrito da alegada ação discriminatória com detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma alegada violação de direitos civis. O formulário ou carta AD-3027 preenchido deve ser enviado ao USDA por:

correio: Escritório do Departamento de Agricultura dos EUA do Secretário Adjunto para os Direitos Civis 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; ou

fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou

e-mail: program.intake@usda.gov.

Esta instituição é uma provedora de oportunidades iguais.



COMPARTILHANDO INFORMAÇÕES COM MEDICAID/SCHIP

Prezado Pai/Responsável:

Se seus filhos se qualificarem para refeições gratuitas ou a preço reduzido, eles também poderão obter seguro de saúde gratuito ou de baixo custo por meio do Medicaid ou do Programa de Seguro de Saúde Infantil do Estado (SCHIP). As crianças com seguro de saúde têm mais probabilidade de obter cuidados de saúde regulares e menos probabilidade de adoecer.

Como o seguro saúde é tão importante para o bem-estar das crianças, **a lei nos permite informar ao Medicaid e ao SCHIP que seus filhos têm direito a refeições gratuitas ou a preço reduzido, a menos que você nos diga para não fazê-lo**. O Medicaid e o SCHIP usam as informações apenas para identificar crianças que podem ser elegíveis para seus programas. Os funcionários do programa podem entrar em contato com você para oferecer a inscrição de seus filhos neste programa de seguro saúde. O preenchimento dos Formulários de Elegibilidade de Rendimento para Benefício de Refeição do CACFP não inscreve automaticamente seus filhos no seguro de saúde.

Se você não deseja que compartilhem suas informações com Medicaid ou SCHIP, preencha o formulário abaixo e envie-o com seu Formulário de elegibilidade de renda para YFCI, 489 Washington St., Suite 109, Auburn MA 01501. (O envio deste formulário não alterará se seus filhos recebem refeições gratuitas ou a preço reduzido.).

- Não! EU NÃO** quero que as informações do meu Formulário de Elegibilidade de Rendimento de Benefício de Refeição do CACFP sejam compartilhadas com o Medicaid ou o Programa de Seguro de Saúde Infantil do Estado.

Se você marcou não, preencha o formulário abaixo.

Nome da Criança: _____

Nome da Criança: _____

Nome da Criança: _____

Nome da Criança: _____

Assinatura do Pai/Responsável: _____

Data de hoje: _____

Imprima seu nome: _____

Endereço: _____

Para obter mais informações, você pode ligar para o **MassHealth** em **1-800-841-2900**

INFORMAÇÕES DE MASSHEALTH

Se seu filho for elegível para escola gratuita ou com desconto refeições, seu filho também pode ser elegível para **seguro de saúde gratuito ou de baixo custo** através do MassHealth.

Para saber mais ligue: 1-800-841-2900



Si su niño é elegível para almuerzo grátis o reduzido , su niño pueda Ser parágrafo elegível **seguro de saude grátis o de baixo custo** por meio de MassHealth .

Para saber mas, ligue para: 1-800-841-2900

**Covering
Kids**

