

Prezado Provedor:

Para se qualificar para o reembolso de Nível I, ou se você deseja receber reembolso por refeições servidas a seus próprios filhos no Programa de Alimentos para Cuidados Infantis e Adultos (CACFP) do Departamento de Agricultura dos EUA, você deve preencher, assinar e devolver-nos o Benefício de Refeição anexo Formulário de Elegibilidade de Renda.

1. Como me qualifico para o reembolso de Nível I para refeições servidas a crianças matriculadas em minha casa? Você deve (a) morar em uma área que seja elegível com base na necessidade econômica conforme determinado pela matrícula escolar ou dados do censo, ou (b) estabelecer a necessidade econômica por meio das informações fornecidas no Formulário de Elegibilidade de Renda para Benefício de Refeição anexo.

2. Quem determina minha elegibilidade como uma creche de Nível I? Nosso escritório determinará seu status de elegibilidade. Usaremos as informações que você fornecer no Formulário de Benefício de Refeição. Certifique-se de preencher e assinar o formulário; relatar toda a renda familiar (não apenas a renda do negócio doméstico da creche familiar); e forneça registros apropriados de sua renda. **Devolva o formulário preenchido e outros documentos para: Yours for Children, Inc. 489 Washington St., Suíte 109, Auburn MA 01501, 800.222.2731.**

3. Que tipo de registros devo enviar com meu Formulário de Benefício de Refeição? Se você administrou uma creche familiar no ano passado, anexe uma cópia de sua declaração de imposto de renda mais recente, incluindo o Anexo C. Se sua declaração de imposto de renda recente e o Anexo C não indicarem mais sua renda, você poderá enviar documentação de sua renda atual e despesas. Para fazer isso, inclua declarações de pagamento de trabalho e outras formas de renda. Os papéis que você enviar devem conter o nome da pessoa que recebeu a renda, a data em que foi recebida, quanto foi recebida e com que frequência foi recebida.

4. Como serei reembolsado pelas refeições servidas aos meus próprios filhos? Você é obrigado por lei a preencher este formulário se desejar reivindicar refeições servidas para seus próprios filhos. Mesmo que você more em uma área identificada como de carência econômica, ou já tenha sido classificado como lar de nível I, você deve preencher este formulário. Nosso escritório pode verificar as informações de renda que você enviar.

5. Se eu não morar em uma área de necessidade econômica ou não quiser enviar o Formulário de Benefício de Refeição, quais são minhas opções de reembolso? Você receberá taxas mais baixas de reembolso pelas refeições servidas às crianças matriculadas em sua creche familiar.

6. As informações que eu forneço serão verificadas? Talvez. Podemos solicitar que você envie uma prova por escrito para verificar as informações que você enviou no formulário. **E se eu discordar da decisão sobre as informações que preencho neste formulário?** Você deve falar com sua organização patrocinadora.

7. 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.

8. 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 o rendimento do seu agregado familiar for igual ou inferior aos montantes indicados para a dimensão do seu agregado familiar na Tabela de Rendimentos em anexo, receberá um reembolso de nível superior. Uma vez devidamente aprovado para benefícios gratuitos ou de preço reduzido, seja por meio de renda ou comprovante de benefícios, conforme apoiado por um Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) atual (antigo Vale-Refeição), Auxílio Transitório para Famílias com Filhos Dependentes (TAFDC) ou Programa de Distribuição de Alimentos em Indian Reservations (FDPIR), você permanecerá elegível para esses benefícios por um período não superior a 12 meses. Você deve, no entanto, notificar-nos se você ou alguém em sua família ficar desempregado e a perda de renda durante o período de desemprego fizer com que sua renda familiar esteja dentro dos padrões de elegibilidade.

9. Posso preencher um formulário se alguém em minha casa não for cidadão americano? Sim. Você ou seus filhos não precisam ser cidadãos americanos.

10. E se eu tiver filhos adotivos? Filhos adotivos têm direito a refeições gratuitas, independentemente de sua renda pessoal ou da família com a qual residem. As famílias que desejam solicitar tais benefícios para filhos adotivos devem entrar em contato com **Yours for Children, Inc. 489 Washington St., Suíte 109, Auburn MA 01501, 800.222.2731**. Além disso, os filhos adotivos podem ser incluídos como membros da família para determinar a elegibilidade de outras crianças da família para refeições gratuitas e com preços reduzidos.

11. Estamos no exército. Incluímos nosso auxílio-moradia como renda? 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.

No funcionamento do CACFP, nenhuma pessoa será discriminada por motivo 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**

