

뒷면의 지침을 참고하십시오.

센터 이름 _____

치료 중인 성인의 이름 _____

파트 1. 가구가 SNAP, TANF, FDPIR을 받거나 참여하거나 SSI 또는 Medicaid 혜택을 받는 경우 이 파트를 작성하십시오. 그런 다음 파트 3으로 건너뛰십시오.

SNAP 케이스 번호 _____ SSI 케이스 번호 _____

TANF 번호 _____ Medicaid 케이스 번호 _____

FDPIR 번호 _____

파트 2a. 파트 1을 작성하지 않은 경우에만 이 파트를 작성하십시오. 본인, 배우자 및 귀 가구에 거주하는 피부양자를 기재하십시오. 그런 다음 지난 달 가구에서 수령한 모든 소득을 기재하십시오.

가구 구성원의 이름	총 소득(공제 전)		월별 복지, 자녀 양육비, 위자료	연금, 퇴직금, 사회 보장을 통한 월별 소득	기타 월별 소득
	직업 1	직업 2			
1 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

파트 2b. 파트 2a를 작성하지 않은 경우, 이 양식을 통해 파트 3에 서명한 성인의 이름과 사회 보장 번호의 마지막 4자리 숫자를 제공해야 합니다. 성인에게 사회 보장 번호가 없는 경우, 제공된 공간에 NONE(없음)이라고 정자로 기재하십시오.

이름 _____ 사회 보장 번호(마지막 4자리 숫자) _____

파트 3. 다음 진술과 뒷면의 진술을 읽은 후 아래에 서명하십시오.

본인은 위의 정보가 사실이고 모든 소득을 신고하였음을 확인합니다. 본인은 본인이 제공하는 정보를 기반으로 센터에서 연방 재원을 수령할 것임을 이해합니다.

서명 _____ 날짜 _____

후원자 전용

CACFP 계약 번호	총 가구 구성원 수	총 소득 \$	무료 <input type="checkbox"/>	할인 <input type="checkbox"/>	유료 <input type="checkbox"/>
센터 직원의 서명			결정 날짜		

본 기관은 평등한 기회를 제공합니다.

개인정보 보호법 진술: 리처드 B. 러셀 전미 학교 급식법(Richard B. Russell National School Lunch Act)에 따라 본 양식상 해당 정보가 요구됩니다. 귀하가 정보를 제공해야만 하는 것은 아니나, 제공하지 않을 경우 저희가 참여자들에 대해 무료 또는 할인가 급식을 승인할 수 없습니다. 양식에 서명하는 성인 가구 구성원의 소셜 시큐리티 번호 마지막 4자리를 포함해야 합니다. 보충 영양 지원 프로그램(SNAP), 빈곤 가정 임시 지원(TANF), 인디언 보호 구역의 식량 배급 프로그램(FDPIR), 생활 보조금(SSI) 또는 참가자용 Medicaid 케이스 번호를 기재하거나 양식에 서명하는 성인 가족 구성원에게 사회 보장 번호가 없다고 표시하는 경우, 사회 보장 번호가 필요하지 않습니다. 귀하의 정보는 해당 센터가 무료 또는 할인가 급식 환급 자격이 있는지를 결정하고 또 프로그램 행정 및 집행을 위해 사용할 것입니다.

DOH-3834 작성 지침

소득의 정의

소득은 소득세, 사회보장세, 보험료, 자선기부금 및 채권 등의 공제 전 소득을 의미합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. (1) 임금, 봉급, 커미션 또는 수수료를 포함해 서비스에 대한 금전 보상, (2) 비농장 자영업의 순소득, (3) 농장 자영업의 순소득, (4) 사회보장 급여, (5) 저축 또는 채권의 배당금 또는 이자, 재산 또는 신탁 소득 또는 순 임대 소득, (6) 실업 수당, (7) 정부 민간 직원 또는 군 퇴직금 또는 연금 또는 퇴역군인 급여, (8) 민간 연금 또는 연금 보험, (9) 이혼 수당 또는 자녀양육 수당, (10) 가구 내 비거주 개인의 정기적인 기여금, (11) 순 로열티, (12) 주거 수당과 같이 현금으로 받은 군인 복리후생(군인 주거 사유화 이니셔티브 가입자 제외) 및 (13) 여타 현금 소득.

가구의 정의

가구는 섹션 226.2에 정의된 가족을 의미합니다. 가족은 성인 참가자와 함께 거주하는 경우 성인 참가자의 배우자 및 피부양자로 정의됩니다.

신청 지침:

제공된 공간에 센터 이름을 기재하십시오.

이 센터에 참석하는 성인의 이름을 정자체로 기재하십시오.

파트 1: 가구 구성원이 SNAP, TANF를 받거나 FDPIR에 참여하거나 SSI 또는 Medicaid를 받는 경우 파트 1을 작성하십시오. SNAP, TANF, FDPIR, SSI 또는 Medicaid 케이스 번호를 적으십시오. 그런 다음 파트 3을 작성하고 양식을 센터로 반환하십시오.

파트 2a: 파트 1을 작성하지 않은 경우 이 섹션을 작성하십시오. 본인, 배우자 및 귀 가구에 거주하는 피부양자를 기재하십시오. 그런 다음 지난 달 가구에서 수령한 모든 소득을 기재하십시오.

지난 달, 세금이나 기타 공제 전 각 개인이 수령한 금액을 기입합니다. 위에 나와 있는 소득의 정의와 가구의 정의를 참조합니다. 지난 달 금액이 평소보다 많거나 적었던 경우, 해당 개인의 평소 소득을 기입합니다.

파트 2b: 파트 2a를 작성한 경우 증명서에 서명하는 성인의 사회 보장 번호 마지막 4자리 숫자가 필요합니다. 사회 보장 번호가 없는 경우 none(없음)이라고 기재합니다.

파트 3: 양식에 서명하고 날짜를 기재한 후 센터로 반환하십시오.

센터 및 후원자용 지침:

후원자 전용(For Sponsor Use Only) 섹션은 센터 또는 후원자의 직원이 작성 및 서명하고 날짜를 기재해야 합니다. 후원자/센터 담당자는 소득 자격 양식을 검토 후 위 지침에 따라 작성되었는지 확인해야 합니다. 그런 다음, 다음 사항을 표시하십시오.

후원자 CACFP 계약 번호

총 가구 구성원 - 참가자가 파트 1을 작성한 경우 이 항목을 작성하지 않아도 됩니다.

총 소득 - 참가자가 파트 1을 작성한 경우 이 항목을 작성하지 않아도 됩니다. 파트 2a에서 계산한 총 월 소득을 표시하십시오. 참가자가 소득을 공개하지 않기로 선택한 경우 양식은 유료로 분류해야 합니다.

무료, 할인 또는 유료 - 총 가구 소득 및 총 가구 구성원 수를 현재 연도 소득 자격 기준(CACFP-3687)과 비교해 해당 가구를 무료, 할인 또는 유료 중 어떻게 분류해야 할지 결정합니다. CACFP-3687에서 해당되는 열을 사용해 가구 소득을 분류하십시오. 예를 들어 참가자가 격주 소득을 표시한 경우 이 금액에 26을 곱하여 연간 소득을 결정합니다.

작성이 미비한 양식(서명, 소득 정보, SNAP, TANF, FDPIR, SSI 또는 Medicaid 케이스 번호 누락)은 유료 카테고리로 분류됩니다.

자격을 결정하는 후원자/센터 담당자는 양식에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다.

소득 자격 양식은 서명한 날로부터 1년 후 해당 월 마지막 날까지 유효합니다. 예를 들어, 2019년 5월 12일에 서명한 양식은 2020년 5월 31일까지 유효합니다.