



Prezados Pais ou Tutores:

Esta carta está direcionada para pais ou tutores de crianças inscritas em uma creche para crianças. **The Learning Center for the Deaf** oferece refeições saudáveis a todas as crianças inscritas como parte de sua participação no programa de Alimentação de Cuidados de Adultos e Crianças (CACFP) do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA). O CACFP oferece reembolso para lanches e refeições saudáveis servidas às crianças inscritas na creche. Ajude-nos a cumprir os requisitos do CACFP preenchendo o Formulário de Qualificação de Renda para Recebimento de Benefícios de Refeições, em anexo. Além disso, ao preencher este formulário, poderemos determinar se seu(s) filho(s) está/estão qualificado(s) para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido.

- 1. Eu preciso preencher um Formulário de Benefícios de Refeições para cada criança que está inscrita em uma creche?** Você pode preencher e enviar um Formulário de Qualificação de Renda para Recebimento de Benefícios de Refeições do CACFP para todas as crianças inscritas em uma creche no seu domicílio somente se a creche estiver inscrita no mesmo centro. Não podemos aprovar um formulário incompleto, por isso leia as instruções cuidadosamente e preencha todas as informações necessárias. **Retorne o formulário preenchido para: The Learning Center for the Deaf, ATTN: Chris Kaftan, 848 Central Street, Framingham, MA 01701.**
- 2. Quem pode receber refeições gratuitas sem fornecer informações sobre a renda? As crianças em domicílios que recebem** benefícios do Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP) (anteriormente chamado de Programa de Cupons de Alimentos), Programa de Assistência Temporária para Famílias com Necessidades (TANF), ou Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) podem receber refeições gratuitas. Crianças em adoção temporária e crianças inscritas no programa Head Start também estão qualificadas para receber refeições gratuitas. As crianças em domicílios participando no programa WIC talvez estejam qualificadas para receber refeições gratuitas.
- 3. Quem pode receber refeições gratuitas? Os seus filhos podem receber refeições a preço reduzido** se a renda do seu domicílio estiver nos limites de preço reduzido na **Tabela de Renda de Qualificação Federal, mostrada neste formulário. As crianças em domicílios participando no programa WIC talvez estejam qualificadas** para receber refeições a preço reduzido.
- 4. Posso me inscrever se alguém no meu domicílio não for um cidadão norte-americano?** Sim. Você ou seus filhos não precisam ser cidadãos norte-americanos para se qualificarem para receber benefícios de refeições oferecidos na creche para crianças.



- 5. Quais são as pessoas que eu devo incluir como membros do meu domicílio?** Você deve incluir todas as pessoas no seu domicílio (avós, outros parentes ou amigos que moram com você) que compartilham renda e gastos. Você deve se incluir e todas as crianças que moram com você. Você também pode incluir as crianças em adoção temporária que moram com você.
- 6. Como eu relato informações de renda e alterações no status de emprego?** A renda que você relatar deve ser a renda bruta total relacionada pela fonte de recebimento para cada membro do domicílio recebida no mês anterior. Se a renda do mês passado não refletir com precisão suas circunstâncias, você pode fornecer uma projeção da sua renda mensal. Se não houver mudanças significativas, você poderá usar a renda do mês passado como base para fazer essa projeção. Se a renda do seu domicílio for igual a ou menor que os valores indicados para o tamanho do seu domicílio na tabela de renda em anexo, o centro receberá um nível maior de reembolso. Após ser aprovado de forma apropriada para receber benefícios de refeições gratuitas ou a preço reduzido, seja através de renda ou fornecendo um número de caso SNAP, TANF, FDPIR atual, você permanecerá qualificado para esses benefícios por 12 meses. Você deve nos notificar, porém, se você ou alguém no seu domicílio perder o emprego e a perda de renda ocasionar que a renda do seu domicílio esteja dentro dos padrões de qualificação.
- 7. E se a minha renda não for sempre a mesma?** Relacione o valor que você normalmente recebe. Por exemplo, se você normalmente ganha \$1000 por mês, mas não pôde trabalhar em tempo integral mês passado e só ganhou \$900, escreva que você ganhou \$1000 por mês. Se você normalmente ganha hora extra, inclua o valor, mas não inclua esse valor se você só trabalha hora extra ocasionalmente.
- 8. E se eu tiver crianças em adoção temporária?** Sim, as crianças em adoção temporária que estão sob a responsabilidade legal de um tribunal ou agência de adoção temporária, estão qualificadas para receber refeições gratuitas. Qualquer criança em adoção temporária no domicílio está qualificada para receber refeições gratuitas, independentemente da renda. Os domicílios podem incluir crianças em adoção temporária no Formulário de Benefícios de Refeições, mas não precisam incluir os pagamentos recebidos para a criança em adoção temporária como renda.
- 9. Somos militares, devemos incluir nosso estipêndio para alojamento e suplementar como renda?** Se o seu alojamento for parte da Iniciativa de Privatização de Alojamento Militar e você receber Estipêndio Suplementar para Subsistência Familiar, não inclua esses estipêndios como renda. Além disso, em relação aos membros em serviço que foram transferidos, somente a parte da renda de um membro em serviço transferido disponibilizado por eles ou em seu nome para o domicílio será contada como renda para o domicílio. Pagamento de Combate,



incluindo o Pagamento de Incentivo de Extensão de Transferência (DEIP) também está excluído e não será contado como renda ao domicílio. **Todos os outros estípedios devem ser incluídos na sua renda bruta.**



**10. As informações que eu fornecer serão verificadas?** Talvez. Podemos solicitar que você envie provas por escrito para confirmar as informações que você enviou no formulário. **E se eu não concordar com a decisão sobre as informações que eu preencher neste formulário?** Você deve conversar com o seu [Center or Sponsoring Organization].

**Na operação de programas de alimentação para crianças, nenhuma pessoa será discriminada com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou necessidade especial.**

Se você tiver outras perguntas ou precisar de ajuda, ligue para 774-999-0934 or at [ckaftan@tlcdeaf.org](mailto:ckaftan@tlcdeaf.org).

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink that reads 'Chris Kaftan'.

Chris Kaftan  
Director of Student Services  
The Learning Center for the Deaf

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O FORMULÁRIO DE QUALIFICAÇÃO DE RENDA PARA O RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS DE REFEIÇÕES (Creche para crianças)

**Siga essas instruções, se o seu domicílio receber SNAP, TANF ou FDPIR:**

**Parte 1:** Relacione todos os membros do domicílio e todas as crianças inscritas.

**Parte 2:** Relacione o número do caso para qualquer membro do domicílio (incluindo adultos) que recebem benefícios de [State SNAP] ou [State TANF] ou [FDPIR].

**Parte 3:** Ignore esta parte.

**Parte 4:** Ignore esta parte.

**Parte 5:** Assine o formulário. Os últimos quatro dígitos de um número de seguro social não são necessários.

**Parte 6:** Responda esta pergunta se desejar.

**Se você estiver se inscrevendo para uma CRIANÇA EM ADOÇÃO TEMPORÁRIA, siga essas instruções:**

Se todas as crianças que você estiver inscrevendo forem crianças em adoção temporária, ou se você estiver solicitando somente benefícios para a criança em adoção temporária:

**Parte 1:** Relacione todas as crianças em adoção temporária. Marque a caixa indicando que a criança está em adoção temporária.

**Parte 2:** Ignore esta parte.

**Parte 3:** Ignore esta parte.

**Parte 4:** Ignore esta parte.

**Parte 5:** Assine o formulário. Um número de seguro social não é necessário.

**Parte 6:** Responda esta pergunta se desejar.

Se algumas das crianças no domicílio forem crianças em adoção temporária.

**Parte 1:** Relacione todos os membros do domicílio e todas as crianças inscritas. Para cada pessoa, incluindo crianças, sem fonte de renda, você deve marcar a caixa "Sem fonte de renda". Marque esta se a criança estiver em adoção temporária.

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

**Parte 3:** Se qualquer criança para a qual você está se inscrevendo for uma criança de rua, migrante ou que fugiu de casa, marque a caixa apropriada e ligue para [your school, homeless liaison, migrant coordinator]. Caso contrário, ignore esta parte.

**Parte 4:** Siga essas instruções para relatar a renda total do domicílio deste mês ou do mês passado.

**Coluna A – Nome:** Relacione somente o nome e o sobrenome de cada pessoa que está morando no seu domicílio que compartilha renda e gastos, seja parente ou não (como avós, outros parentes ou amigos que moram com você) com renda. Você deve se incluir e todas as crianças que moram com você. Anexe outra folha de papel se necessário.

**Coluna 2 – Renda bruta e frequência em que foi recebida:** Para cada membro do domicílio, relacione cada tipo de renda recebido para o mês. Você deve nos informar a frequência com que o dinheiro foi recebido, semanalmente, a cada outra semana, duas vezes por mês ou mensal.

**Caixa 1:** Relacione a **renda bruta**, não o salário líquido. Renda bruta é o valor ganho antes de impostos e outras deduções. Você encontrará este valor na sua folha de pagamento ou o seu empregador pode lhe informar.

**Caixa 2:** Relacione o valor que cada pessoa recebeu no mês de assistência social, manutenção dos filhos, pensão.

**Caixa 3:** Relacione os benefícios de necessidades especiais, aposentadoria, seguro social, Renda de seguro suplementar (SSI), Veterano (VA).

**Caixa 4:** Sob **TODAS AS OUTRAS FONTES DE RENDA**, relacione benefícios de Compensação trabalhista, seguro-desemprego ou para greve, as contribuições regulares de pessoas que não moram no domicílio e qualquer outra renda. Para **SOMENTE** os autônomos, relate a renda após os gastos na Caixa 1. A Caixa 4 é para o seu negócio, fazenda ou propriedade de aluguel. Não inclua a fonte de renda dos programas SNAP, FDPIR, WIC ou benefícios da educação federal. Se você estiver inscrito na Iniciativa de Privatização de Alojamento Militar ou receber pagamento de combate, não inclua esses estipêndios de alojamento como fonte de renda.

**Parte 5:** Um membro adulto do domicílio deve assinar o formulário e relacionar os últimos quatro dígitos de seu número de seguro social ou marcar a caixa se ele(a) não tiver um.

**Parte 6:** Responda esta pergunta se desejar.

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O FORMULÁRIO DE QUALIFICAÇÃO DE RENDA PARA O RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS DE REFEIÇÕES (Creche para crianças)

**TODOS OS OUTROS DOMICÍLIOS, incluindo domicílios sob o programa WIC, sigam estas instruções:**

**Parte 1:** Relacione todos os membros do domicílio e todas as crianças inscritas. Para cada pessoa, incluindo crianças, sem fonte de renda, você deve marcar a caixa "Sem fonte de renda".

**Parte 2:** Ignore esta parte.

**Parte 3:** Ignore esta parte.

**Parte 4:** Siga essas instruções para relatar a renda total do domicílio deste mês ou do mês passado.

**Coluna A – Nome:** Relacione somente o nome e o sobrenome de cada pessoa que está morando no seu domicílio que compartilha renda e gastos, seja parente ou não (como avós, outros parentes ou amigos que moram com você) com renda. Você deve se incluir e todas as crianças que moram com você. Anexe outra folha de papel se necessário.

**Coluna B –Renda bruta e frequência em que foi recebida:** Para cada membro do domicílio, relacione cada tipo de renda recebido para o mês. Você deve nos informar a frequência com que o dinheiro foi recebido, semanalmente, a cada outra semana, duas vezes por mês ou mensal.

**Caixa 1:** Relacione a **renda bruta**, não o salário líquido. Renda bruta é o valor ganho antes de impostos e outras deduções. Você encontrará este valor na sua folha de pagamento ou o seu empregador pode lhe informar.

**Caixa 2:** Relacione o valor que cada pessoa recebeu no mês de assistência social, manutenção dos filhos, pensão.

**Caixa 3:** Relacione os benefícios de necessidades especiais, aposentadoria, seguro social, Renda de seguro suplementar (SSI), Veterano (VA).

**Caixa 4:** Sob **TODAS AS OUTRAS FONTES DE RENDA**, relacione benefícios de Compensação trabalhista, seguro-desemprego ou para greve, as contribuições regulares de pessoas que não moram no domicílio e qualquer outra renda. Para **SOMENTE** os autônomos, relate a renda após os gastos na Caixa 1. A Caixa 4 é para o seu negócio, fazenda ou propriedade de aluguel. Não inclua a fonte de renda dos programas SNAP, FDPIR, WIC ou benefícios da educação federal. Se você estiver inscrito na Iniciativa de Privatização de Alojamento Militar ou receber pagamento de combate, não inclua esses estímulos de alojamento como fonte de renda.

**Parte 5:** Um membro adulto do domicílio deve assinar o formulário e relacionar os últimos quatro dígitos de seu número de seguro social ou marcar a caixa se ele(a) não tiver um.

**Parte 6:** Responda esta pergunta se desejar.

O texto abaixo explica como usaremos as informações que você nos fornecer.

**Lei de Não Discriminação:** Isso explica o que fazer se você acreditar que foi tratado injustamente.

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O FORMULÁRIO DE QUALIFICAÇÃO DE RENDA PARA O RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS DE REFEIÇÕES (Cuidados para adultos)

**Siga essas instruções, se o seu domicílio receber SNAP, FDPIR, SSI ou Medicaid:**

**Parte 1:** Relacione somente os nomes dos participantes adultos.

**Parte 2:** Relacione o número do caso para qualquer membro do domicílio que recebe benefícios de [State SNAP] ou [FDPIR] ou [SSI] ou [Medicaid].

**Parte 3:** Ignore esta parte.

**Parte 4:** Assine o formulário. Os últimos quatro dígitos de um número de seguro social não são necessários.

**Parte 5:** Responda esta pergunta se desejar.

**TODOS OS OUTROS DOMICÍLIOS, sigam estas instruções:**

**Parte 1:** Relacione somente os nomes dos participantes adultos. Para cada participante sem fonte de renda, você deve marcar a caixa "Sem fonte de renda".

**Parte 2:** Ignore esta parte.

**Parte 3:** Siga essas instruções para relatar a renda total do domicílio deste mês ou do mês passado.

**Coluna A – Nome:** Relacione o nome e o sobrenome do participante adulto, seu cônjuge e seu(s) dependente(s) morando em seu domicílio que compartilham renda e gastos.

**Coluna B – Renda bruta e frequência em que foi recebida:** Para cada membro do domicílio que for participante, seu cônjuge ou um dependente do participante, relacione cada tipo de fonte de renda recebido no mês. Você deve nos informar a frequência com que o dinheiro foi recebido, semanalmente, a cada outra semana, duas vezes por mês ou mensal.

**Caixa 1:** Relacione a **renda bruta**, não o salário líquido. Renda bruta é o valor ganho antes de impostos e outras deduções. Você encontrará este valor na sua folha de pagamento ou o seu empregador pode lhe informar.

**Caixa 2:** Relacione o valor que cada pessoa recebeu no mês de assistência social, manutenção dos filhos, pensão.

**Caixa 3:** Relacione os benefícios de necessidades especiais, aposentadoria, seguro social, Veterano (VA).

**Caixa 4:** Relacione TODAS AS OUTRAS FONTES DE RENDA, incluindo os benefícios de Compensação trabalhista, seguro-desemprego ou para greve, as contribuições regulares de pessoas que não moram no domicílio e qualquer outra renda. Para SOMENTE os autônomos, relate a renda após os gastos na Caixa 1. A Caixa 4 é para o seu negócio, fazenda ou propriedade de aluguel. Não inclua a fonte de renda dos programas SNAP, FDPIR, WIC ou benefícios da educação federal. Se você estiver inscrito na Iniciativa de Privatização de Alojamento Militar ou receber pagamento de combate, não inclua esses estipêndios de alojamento como fonte de renda.

**Parte 4:** Um membro adulto do domicílio deve assinar o formulário e relacionar os últimos quatro dígitos de seu número de seguro social ou marcar a caixa se ele(a) não tiver um.

**Parte 5:** Responda esta pergunta se desejar.

O texto abaixo explica como usaremos as informações que você nos fornecer.

**Lei de Não Discriminação:** Isso explica o que fazer se você acreditar que foi tratado injustamente.

## FORMULÁRIO DE QUALIFICAÇÃO DE RENDA PARA O RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS DE REFEIÇÕES (Creche para crianças)

<b>Parte 1. Todos os membros do domicílio</b>				
Nome da(s) criança(s) inscrita(s):				
<b>Nomes de todos os membros do domicílio</b> (Nome, Inicial do meio, Sobrenome)	MARQUE SE FOR UMA CRIANÇA EM ADOÇÃO TEMPORÁRIA (RESPONSABILIDADE LEGAL DO TRIBUNAL OU AGÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) * SE TODAS AS CRIANÇAS RELACIONADAS ABAIXO FOREM CRIANÇAS EM ADOÇÃO TEMPORÁRIA, VÁ PARA A PARTE 5 PARA ASSINAR ESTE FORMULÁRIO.			MARQUE SE NÃO TIVER RENDA
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>Parte 2. Benefícios:</b> Se qualquer membro do seu domicílio recebeu [State SNAP], [FDPIR], ou [State TANF cash assistance], forneça o nome e o número do caso para a pessoa que recebe benefícios. <b>Se ninguém recebe esses benefícios, vá para a parte 3.</b> NOME: _____ NÚMERO DO CASO: _____				
<b>Parte 3.</b> se qualquer criança para a qual você está se inscrevendo for uma criança de rua, migrante ou que fugiu de casa, marque a caixa apropriada e ligue para [Your School, Homeless Liaison, Migrant Coordinator at Phone #] Criança de rua <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Criança que fugiu de casa <input type="checkbox"/>				
<b>Parte 4. Renda bruta total do domicílio - Você deve nos informar o valor total e a frequência de recebimento.</b>				
<b>A. Nome</b> (Relacione <b>somente</b> os membros do domicílio com renda)	<b>B. Renda bruta e frequência de recebimento</b>			
	1. Renda do trabalho antes das deduções	2. Assistência social, manutenção dos filhos, pensão	3. Pensões, aposentadoria, seguro social, SSI, benefícios VA	4. Todas as outras fontes de renda
<i>(Exemplo) Jane Smith</i>	\$200/semanal _____	\$150/duas vezes por mês _____	\$100/mensal _____	\$ _____ / _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Parte 5. Assinatura e últimos quatro dígitos do número de seguro social (o adulto deve assinar)</b> Um membro adulto do domicílio deve assinar o formulário. <b>Se a Parte 3 estiver preenchida, o adulto que estiver assinando o formulário também deve relacionar os últimos quatro dígitos de seu número de seguro social ou marcar a caixa "Eu não tenho um número de seguro social".</b> (Consulte a Declaração no verso desta página.)  <i>Eu certifico que todas as informações neste formulário são verdadeiras e que todas as fontes de renda foram relacionadas. Eu compreendo que o centro ou a instituição de creche obterá fundos federais com base nas informações que eu fornecer. Eu compreendo que os agentes da CACFP devem verificar as informações. Eu compreendo que se eu fornecer informações falsas, o participante que estiver recebendo refeições poderá perder os benefícios de alimentação e eu posso ser processado.</i>  Assine aqui: _____ Nome impresso: _____  Data: _____  Endereço: _____ Número de telefone: _____  Cidade: _____ Estado: _____ CEP.: _____  Últimos quatro dígitos do número de seguro social: * * * - * * - ____ ____ ____ ____ <input type="checkbox"/> Eu não tenho um número de seguro social				



## FORMULÁRIO DE QUALIFICAÇÃO DE RENDA PARA O RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS DE REFEIÇÕES (Creche para crianças)

<b>Parte 6. Identidade racial e étnica do participante (opcional)</b>	
Marque uma identidade étnica:	Marque uma ou mais identidades raciais:
<input type="checkbox"/> Hispânico ou Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca
<input type="checkbox"/> Não Hispânico ou Latino	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou outra Ilha do Pacífico
	<input type="checkbox"/> Negro ou Afro-Americano
<b>Não preencha esta parte. Somente para uso oficial.</b>	
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12	
Total Income: _____ Per: <input type="checkbox"/> Week, <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks, <input type="checkbox"/> Twice A Month, <input type="checkbox"/> Month, <input type="checkbox"/> Year Household size: _____	
Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Tier I ___ Tier II ___	
Reason: _____	
Temporary: Free ___ Reduced ___ Time Period: _____ (expires after ___ days)	
Determining Official's Signature: _____ Date: _____	
Confirming Official's Signature: _____ Date: _____	
Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____	

A Lei do Almoço Escolar Nacional Richard B. Russell exige as informações neste formulário. Você não precisa fornecer as informações, mas se não o fizer, não poderemos aprovar o participante para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve incluir os últimos quatro dígitos do seu número de seguro social do membro adulto do domicílio que assinar este formulário. O seu número de seguro social não será necessário quando você se inscrever em nome de uma criança em adoção temporária ou se você relacionar um número de caso para o Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP), Programa de Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) ou outro identificador FDPIR para o participante que está recebendo benefícios de refeições ou quando você indicar que o membro adulto do domicílio que está assinando o formulário não tem um Social Security Number. Usaremos as suas informações para determinar se o participante está qualificado para refeições gratuitas ou a preço reduzido e para a administração e o cumprimento do Programa.

**Lei de Não Discriminação:** Isso explica o que fazer se você acreditar que foi tratado injustamente. "De acordo com a Lei Federal e a política do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou necessidade especial. Para apresentar uma reclamação de discriminação, escreva para USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ou ligue gratuitamente (866) 632-9992 (Voz). Os indivíduos que tiverem problemas de audição ou fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço de Transmissão Federal através do número (800) 877-8339; ou (800) 845-6136 (Espanhol). USDA é um empregador e provedor que oferece oportunidades iguais."