

পিছনদিকে নির্দেশাবলী দেখুন।

কেন্দ্রের নাম \_\_\_\_\_

পরিচর্যা থাকা প্রাপ্ত বয়স্কের নাম \_\_\_\_\_

**অংশ 1: এই অংশটি সম্পূর্ণ করুন যদি আপনার পরিবারের কেউ SNAP, TANF, FDPIR পায় অথবা আপনি SSI বা Medicaid সুবিধা পান। তারপর অংশ 3 এ যান।**

SNAP কেস নম্বর \_\_\_\_\_

SSI কেস নম্বর \_\_\_\_\_

TANF নম্বর \_\_\_\_\_

Medicaid কেস নম্বর \_\_\_\_\_

FDPIR নম্বর \_\_\_\_\_

**অংশ 2a: আপনি অংশ 1 সম্পূর্ণ না করে থাকলে তবেই এই অংশটি সম্পূর্ণ করুন। আপনার, আপনার স্বামী বা স্ত্রী এবং আপনার পরিবারে বসবাসকারী যেকোনো নির্ভরশীলদের তালিকা করুন। তারপর আপনার পরিবারে গত মাসে প্রাপ্ত সমস্ত আয়ের তালিকা করুন।**

পরিবারের সদস্যদের নাম	মোট আয় (কেটে নেওয়ার আগে) কাজ #1	কাজ #2	মাসিক কল্যাণ, শিশু সহায়তা, ভরণপোষণ	পেনশন, অবসর, সোশ্যাল সিকিউরিটি থেকে মাসিক আয়	অন্য কোনো মাসিক আয়
1 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**অংশ 2b: অংশ 2a সম্পূর্ণ হলে, এই ফর্মটিতে অবশ্যই অংশ 3 স্বাক্ষরকারী প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের নাম এবং শেষ চারটি সংখ্যা দিতে হবে। যদি প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর না থাকে, তাহলে প্রদত্ত স্থানে বড় অক্ষরে NONE লিখুন।**

নাম \_\_\_\_\_ সোশ্যাল সিকিউরিটি # (শেষ 4 সংখ্যা) \_\_\_\_\_

**অংশ 3: নিচের বিবৃতি এবং পিছন দিকে দেওয়া বিবৃতিটি পড়ার পরে, নিচে স্বাক্ষর করুন।**

আমি প্রত্যয়ন করছি যে উপরের তথ্যগুলি সত্য এবং সঠিক এবং সমস্ত আয় রিপোর্ট করা হয়েছে। আমি বুঝেছি যে কেন্দ্রটি আমার দেওয়া তথ্যের উপর নির্ভর করে ফেডারেল অর্থ পাবে।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

**শুধুমাত্র স্পনসর ব্যবহারের জন্য**

CACFP চুক্তি #	পরিবারের মোট সদস্য	মোট আয় \$	বিনামূল্যে <input type="checkbox"/>	হ্রাস করা <input type="checkbox"/>	দেয়া <input type="checkbox"/>
কেন্দ্রের কর্মীর স্বাক্ষর			তারিখ নির্ধারিত		

এই প্রতিষ্ঠানটি একটি সমান সুযোগ প্রদানকারী।

**গোপনীয়তা আইন সংক্রান্ত বিবৃতি:** Richard B. Russell National School Lunch Act অনুযায়ী এই ফর্মের তথ্য আবশ্যিক। আপনি তথ্য দিতে বাধ্য নন, তবে আপনি না দিলে, আমরা বিনামূল্যে বা হ্রাসকৃত-মূল্যে আহারের জন্য অংশগ্রহণে অনুমতি দিতে পারব না। পরিবারের যে প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য ফর্মটি স্বাক্ষর করছেন তার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা আপনাকে লিখতে হবে। আপনি যখন অংশগ্রহণকারীর জন্য একটি সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), অভাবী পরিবারের জন্য অস্থায়ী সহায়তা (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), ইন্ডিয়ান সংরক্ষণে খাদ্য বিতরণ কর্মসূচি (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR), সম্পূর্ণ নিরাপত্তা আয় (Supplemental Security Income, SSI) বা Medicaid কেস নম্বর তালিকাভুক্ত করবেন বা যখন আপনি নির্দেশ করবেন যে যিনি প্রাপ্তবয়স্ক পরিবারের সদস্য ফর্ম স্বাক্ষর করছেন তার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর নেই তখন সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের প্রয়োজন হবে না। আমরা কর্মসূচি পরিচালনা ও প্রয়োগকরণের জন্য এবং এই সিদ্ধান্ত নির্ধারণের জন্য আপনার তথ্য ব্যবহার করব যে কেন্দ্রটি বিনামূল্যে বা হ্রাসকৃত-মূল্যে খাবার পরিশোধের জন্য যোগ্য কি না।

### DOH-3834 সম্পূর্ণ করার জন্য নির্দেশাবলী

#### আয়ের সংজ্ঞা

আয় বলতে বোঝায় আয়কর, সোশ্যাল সিকিউরিটির কর, বিমার প্রিমিয়াম, দাতব্য অনুদান এবং বন্ড ইত্যাদির জন্য অর্থ কেটে নেওয়ার আগের আয়। এর মধ্যে নিম্নলিখিত অন্তর্ভুক্ত: (1) মজুরি, বেতন, কমিশন বা ফি সমেত পরিষেবার জন্য নগদী ক্ষতিপূরণ; (2) ফার্ম-বহির্ভূত স্ব-নিযুক্তি থেকে নেট উপার্জন; (3) ফার্মে স্ব-নিযুক্তি থেকে নেট উপার্জন; (4) সোশ্যাল সিকিউরিটির পেমেন্ট; (5) সঞ্চয় বা বন্ড থেকে পাওয়া ডিভিডেন্ড বা সুদ, এস্টেট বা ট্রাস্ট থেকে হওয়া আয় বা ভাড়াবাবদ নেট উপার্জন; (6) বেকার ভাতা; (7) সরকারি অসামরিক কর্মী বা সামরিক অবসর বা পেনশন বা ভেটেরানের পেমেন্ট; (8) ব্যক্তিগত পেনশন বা বার্ষিক অর্থপ্রাপ্তি; (9) ভরণপোষণ বা শিশু সহায়তার পেমেন্ট; (10) পরিবারের সাথে থাকেন না এমন কোনও ব্যক্তির থেকে প্রাপ্ত নিয়মিত অনুদান; (11) নেট রয়্যালটি; (12) নগদে প্রাপ্ত সামরিক ভাতা, যেমন আবাসন ভাতা যদি না আপনি সামরিক আবাসন বেসরকারীকরণ উদ্যোগে থাকেন; এবং (13) অন্য কোনও নগদ উপার্জন।

#### পরিবারের সংজ্ঞা

পরিবার বলতে ধারা 226.2-এ সংজ্ঞায়িত পরিবারকে বোঝায়। পরিবারকে প্রাপ্তবয়স্ক অংশগ্রহণকারী এবং প্রাপ্তবয়স্ক অংশগ্রহণকারীর স্বামী বা স্ত্রী এবং নির্ভরশীল হিসাবে সংজ্ঞায়িত করা হয়, যদি তারা প্রাপ্তবয়স্ক অংশগ্রহণকারীর সাথে থাকেন।

### আবেদনকারীদের জন্য নির্দেশাবলী:

প্রদত্ত স্থানে কেন্দ্রের নাম লিখুন।

এই কেন্দ্রে যোগদানকারী প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির নাম বড় অক্ষরে লিখুন।

**অংশ 1:** আপনার পরিবারের কেউ যদি SNAP, TANF পান, FDIPIR-এ অংশগ্রহণ করেন বা আপনি SSI বা Medicaid পান, তাহলে অংশ 1 সম্পূর্ণ করুন। SNAP, TANF, FDIPIR, SSI বা Medicaid কেস নম্বর লিখুন। তারপর অংশ 3 সম্পূর্ণ করুন এবং ফর্মটি কেন্দ্রে ফেরত দিন।

**অংশ 2a:** আপনি যদি অংশ 1 সম্পূর্ণ না করেন তবে এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন। আপনার, আপনার স্বামী বা স্ত্রী এবং আপনার পরিবারে বসবাসকারী যেকোনো নির্ভরশীলদের তালিকা করুন। তারপর আপনার পরিবারে গত মাসে প্রাপ্ত সমস্ত আয়ের তালিকা করুন।

প্রত্যেক ব্যক্তির সমস্ত কর বা অন্য কোনো ব্যয়ের জন্য অর্থ কেটে নেওয়ার আগে। উপরে দেওয়া আয়ের সংজ্ঞা এবং পরিবারের সংজ্ঞা দেখুন। যদি গত মাসের কোনও অর্থের পরিমাণ স্বাভাবিকের তুলনায় বেশি বা কম হয়, তাহলে সেই ব্যক্তির চলতি আয় লিখুন গত মাসে প্রাপ্ত আয়ের পরিমাণটি লিখুন।

**অংশ 2b:** আপনি যদি অংশ 2a সম্পূর্ণ করেন, তাহলে সার্টিফিকেশনে স্বাক্ষরকারী প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা আবশ্যিক। আপনার কোনো সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর না থাকলে, 'NONE' লিখুন।

**অংশ 3:** ফর্মটিতে স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন এবং কেন্দ্রে ফেরত দিন।

### কেন্দ্র এবং স্পনসরদের জন্য নির্দেশাবলী:

**শুধুমাত্র স্পনসরের ব্যবহারের জন্য বিভাগটি কেন্দ্র বা স্পনসর কর্মীদের দ্বারা সম্পূর্ণ, স্বাক্ষরিত এবং তারিখ দিতে হবে।** উদ্যোক্তা/কেন্দ্রের প্রতিনিধিকে অবশ্যই আয়ের যোগ্যতা সংক্রান্ত ফর্মটি পর্যালোচনা করতে হবে এবং এটি উপরের নির্দেশাবলী অনুযায়ী সম্পূর্ণ করা হয়েছে বলে নিশ্চিত করতে হবে। তারপর নিম্নলিখিতগুলি নির্দিষ্ট করতে হবে:

#### **স্পনসর CACFP চুক্তি নম্বর।**

**পরিবারের মোট সদস্য** - অংশগ্রহণকারী অংশ 1 সম্পূর্ণ করলে এই বিষয়টি সম্পূর্ণ করতে হবে না।

**মোট আয়** - অংশগ্রহণকারী অংশ 1 সম্পূর্ণ করলে এই বিষয়টি সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন নেই। অংশ 2a থেকে গণনা করা মোট মাসিক আয় নির্দেশ করুন। যদি অংশগ্রহণকারী আয় প্রকাশ না করার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে ফর্মটিকে অর্থপ্রদানের হিসাবে শ্রেণীবদ্ধ করতে হবে।

বিনামূল্যে এবং হ্রাসকৃত বা অর্থপ্রদত্ত শ্রেণীর সংখ্যা - পরিবারটিকে বিনামূল্যে, হ্রাসকৃত বা অর্থপ্রদত্ত হিসাবে শ্রেণীকরণ করতে পরিবারের মোট আয় এবং পরিবারের মোট সদস্য সংখ্যাকে বর্তমান বছরের আয় যোগ্যতার নির্দেশিকা (CACFP-3687) দিয়ে তুলনা করুন। তাদের আয়ের শ্রেণীকরণ করতে CACFP-3687 এ উপযুক্ত কলাম ব্যবহার করুন। উদাহরণস্বরূপ, যদি অংশগ্রহণকারী দ্বি-সাপ্তাহিক আয় নির্দেশ করে, বার্ষিক আয় নির্ধারণ করতে এই পরিমাণকে 26 দ্বারা গুণ করুন।

অসম্পূর্ণ ফর্ম (অনুপস্থিত স্বাক্ষর, আয়ের তথ্য, SNAP, TANF, FDIPIR, SSI বা Medicaid কেস নম্বর) অর্থপ্রদানের বিভাগে শ্রেণীবদ্ধ করা হয়েছে।

স্পনসর/কেন্দ্রের প্রতিনিধি যিনি যোগ্যতা নির্ধারণ করেন তাকে অবশ্যই ফর্মটিতে স্বাক্ষর করতে হবে এবং তারিখ দিতে হবে।

**আয়ের যোগ্যতা সংক্রান্ত ফর্মটি স্বাক্ষরিত হওয়ার তারিখ থেকে এক বছর পরে সেই মাসের শেষ তারিখ পর্যন্ত কার্যকর থাকবে।** উদাহরণস্বরূপ, একটি ফর্ম 12 মে 2019 তারিখে স্বাক্ষরিত হলে সেটি 31 মে 2020 তারিখ পর্যন্ত কার্যকর থাকবে।