

Заявление на участие в Программе по дополнительным продовольственным товарам (CSFP)

Тип заявления: (Выберите, поставив X в соответствующем месте) <input type="checkbox"/> РЕГИСТРАЦИЯ <input type="checkbox"/> ПЕРЕРЕГИСТРАЦИЯ Участвует ли заявитель или кто-либо из домохозяев в программе WIC или CSFP в другом месте? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					
ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ			ИМЯ ПОПЕЧИТЕЛЯ (если применимо)		
Физический адрес		ГОРОД/ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		ОКРУГ	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если он отличается)		ГОРОД/ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		ТЕЛЕФОНА	
или Дела клиента (Client Case)		ДАТА РОЖДЕНИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ		ИТОГО членов семьи в доме	
Тип заявителя: <input type="checkbox"/> Беременная (Ожидаемая дата рождения _____) <input type="checkbox"/> После родов/Кормящая грудью (Дата рождения младенца _____) <input type="checkbox"/> Ребенок (Дата рождения _____) <input type="checkbox"/> Младенец (Дата рождения _____) <input type="checkbox"/> представитель старшего поколения					
ИМЕНА ИМЕЮЩИХ ПРАВО ДОМОХОЗЯЕВ (продолжение на обороте)		ВОЗРАСТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	номер дела	КАТЕГОРИЯ
Женщины, младенцы и дети - введите заявителя информацию выше и посмотреть доказательство: <input type="checkbox"/> SNAP участие <input type="checkbox"/> TANF участие <input type="checkbox"/> Медицинская помощь ИЛИ полная секция доход ниже .					
Что касается изменений доведены до сведения государства: Участники должны доложить об изменениях в доходах семьи или ее составе в течение 10 дней после того, как семье становится известно об изменении.	Укажите источник и сумму текущего (за последний месяц) дохода до вычета, такого как налоги и социальное обеспечение. Это количество должно включать доход всех домохозяев. "Другой" доход включает комиссионные, льготы по забастовке, доход с трестов, пожертвования родственников и т.п. Если доход за последний месяц не является обычным доходом семьи, то также укажите средний доход семьи в течение предыдущих 12 месяцев.				
	ДОХОД СЕМЬИ		СУММА		КАК ПОЛУЧЕНЫ
	ОКЛАД ДО УДЕРЖАНИЯ НАЛОГОВ, ЗАРПЛАТА				
	СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ				
	СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ (МАТЕРИАЛЬНАЯ)				
	АЛИМЕНТЫ (ФИНАНСОВОЕ СОДЕРЖАНИЕ)				
	ПОСОБИЕ/ПЕНСИЯ				
	САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ				
	ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ				
ДРУГОЙ ДОХОД					
ОБЩИЙ ДОХОД СЕМЬИ					
РАСОВЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)					
Вы латиноамериканского происхождения? (Только для статистики) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					
К какой расе вы принадлежите? (Выберите одну или более)	АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ ИЛИ КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ	АЗИАТ	АФРО-АМЕРИКАНЕЦ	КОРЕННОЙ ГАБАЕЦ ИЛИ ЖИТЕЛЬ ДРУГИХ ОСТРОВОВ ТИХОГО ОКЕАНА	БЕЛЫЙ
ПРЕЖДЕ, ЧЕМ ПОДПИСАТЬ, ОЗНАКОМЬТЕСЬ СО СВОИМИ ПРАВАМИ И С ТЕМ, ЧТО ОЗНАЧАЕТ ВАША ПОДПИСЬ: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Критерии участия в Программе являются одинаковыми для всех, независимо от расы, цвета кожи, национальной принадлежности, пола, возраста и нетрудоспособности. ✓ Вы можете обжаловать любое решение, принятое местным агентством относительно отказа Вам в участии или прекращения участия в данной программе. ✓ Вам предоставят информацию о том, куда можно обратиться по вопросам питания, здоровья и социальных услуг, и желателен, чтобы вы добились необходимой помощи. ✓ Если Ваше заявление будет принято, то местное агенство обеспечит Вам доступ к обучению правильному питанию, и желателен, чтобы Вы приняли участие. <p>Это заявление подается в связи с получением федеральной помощи. Представители Программы могут проверить информацию, предоставленную в данной анкете. Я осознаю, что преднамеренное искажение фактов может привести к судебному преследованию согласно соответствующим законам штата и федеральным законам. Я также осознаю, что мне нельзя получать льготы по программам CSFP и WIC одновременно и нельзя получать льготы по программе CSFP более, чем в одном центре CSFP в одно и то же время. Кроме того, я осознаю, что предоставленной мною информацией могут поделиться с другими организациями, чтобы обнаружить и предотвратить двойное участие. Мне объяснили мои права и обязательства согласно условиям Программы. Я удостоверяю, что, насколько мне известно, предоставленная мною информация для установления моего соответствия условиям Программы, является верной.</p> <p>Неправильное использование или получение льгот по программе CSFP в результате двойного участия, или другие нарушения программы могут привести к возбуждению иска против просителя с целью возмещения стоимости льгот и могут привести к лишению права на участие в CSFP.</p> <p>Я разрешаю передавать информацию, предоставленную в данном заявлении, другим организациям, другим организациям, управляющим программами помощи, для использования в определении моего соответствия условиям участия в других программах социальной помощи и в целях программы помощи нуждающимся. (Пожалуйста, укажите свое решение, поставив пометку в соответствующем месте.) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p>					
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ доверенность				ДАТА	
ОБНОВИТЕ ИНФОРМАЦИЮ, ПОДПИШИТЕ И ПОСТАВЬТЕ ДАТУ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ПОСЛЕ ОЖИДАНИЯ ОЧЕРЕДИ ПО СПИСКУ				ДАТА	
***** ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОЛЬКО АГЕНТСТВО *****					
<input type="checkbox"/> IDENTITY/ELIGIBILITY/AGE Describe proof:	<input type="checkbox"/> RESIDENCY VERIFIED <input type="checkbox"/> HANDOUT GIVEN <input type="checkbox"/> WIC HANDOUT GIVEN	APPLICANT ELIGIBLE? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	CATEGORY: PG PP BF INF CH ELD	CASELOAD AVAILABLE? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	DATE WRITTEN NOTICE GIVEN:
SIGNATURE AND TITLE OF CERTIFYING OFFICIAL			DATE CERTIFIED	PERIOD OF CERTIFICATION 1st Month: Last Month:	

ИМЕНА ИМЕЮЩИХ ПРАВО ДОМОЧАДЦЕВ (продолжал с фронта)	ВОЗРАСТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	номер Дела клиента	КАТЕГОРИЯ

2018 Условия согласно дохода

Численность семьи	Пожилые (Максимальный ежемесячный доход семьи)	Пожилые (Максимальный ежегодный доход семьи)	ЖМД (Максимальный ежемесячный доход семьи)	ЖМД (Максимальный ежегодный доход семьи)
1	\$1,316	\$15,782	\$1,872	\$22,459
2	\$1,784	\$21,398	\$2,538	\$30,451
3	\$2,252	\$27,014	\$3,204	\$38,443
4	\$2,720	\$32,630	\$3,870	\$46,435
5	\$3,188	\$38,246	\$4,536	\$54,427
6	\$3,656	\$43,862	\$5,202	\$62,419
7	\$4,124	\$49,478	\$5,868	\$70,411
8	\$4,592	\$55,094	\$6,534	\$78,403
Для каждого дополнительного члена семьи добавить	\$468	\$5,616	\$ 666	\$ 7,992

ПРОДЛЕНИЕ РЕГИСТРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ДЛЯ ПОЖИЛЫХ УЧАСТНИКОВ

ИМЯ УЧАСТНИКА		ИМЕЮЩИЕ ПРАВО ДОМОЧАДЦЫ (продолжение на обороте)	
АДРЕС (дом, улица, квартира)	ГОРОД/ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ОКРУГ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
* * * * * ТОЛЬКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПЕРЕРЕГИСТРАЦИИ ПОЖИЛЫХ * * * * *			
<ul style="list-style-type: none"> Participants address and continued interest in receiving CSFP benefits has been verified. Участники обратиться и постоянный интерес в получающих пособия CSFP была проверена. Local agency has sufficient reason to believe participant (s) still meets the income eligibility standards (e.g. the elderly person has a fixed income) Местное агентство имеет достаточные основания полагать, участника (участников) по-прежнему соответствует стандартам доход приемлемости (например, пожилой человек имеет фиксированный доход) Local agency has notified participant verbally or in writing of the period of the extension. Местное агентство устно или в письменной форме о период продления уведомления участника. 			
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	DATE CERTIFIED	PERIOD OF CERTIFICATION 1st Month: Last Month:
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	DATE CERTIFIED	PERIOD OF CERTIFICATION 1st Month: Last Month:
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	DATE CERTIFIED	PERIOD OF CERTIFICATION 1st Month: Last Month:
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	DATE CERTIFIED	PERIOD OF CERTIFICATION 1st Month: Last Month:
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	DATE CERTIFIED	PERIOD OF CERTIFICATION 1st Month: Last Month:

Департамент сельского хозяйства США (USDA) запрещает дискриминацию против своих клиентов, сотрудников и претендентов на занятость на основании расы, цвета, национальной принадлежности, возраста, нетрудоспособности, пола, половой идентификации, религии, репрессалии и, где применимо, политических ценностей, семейного положения, семейного или родительского статуса, сексуальной ориентации или на основании того, что весь или часть дохода человека получены в результате участия в любой программе социальной помощи, или на основании защищенной генетической информации при трудовой занятости, или при участии в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой Департаментом. (Не все запрещенные основания относятся ко всем программам и/или трудовой занятости.)

Если Вы хотите подать жалобу о дискриминации в программу Гражданских прав, заполните бланк USDA на жалобу о дискриминации в соответствующей программе, который можно найти в интернете на странице http://www.ascr.usdagov/complaint_filing_cust.html или в любом офисе USDA, или можно позвонить по телефону (866) 632-9992, чтобы попросить такую анкету. Вы можете также написать письмо, содержащее всю информацию, которая запрашивается в этой анкете. Перешлите нам свой заполненный бланк жалобы или письмо почтой в Департамент сельского хозяйства США, Директору, Офис вынесения решений - U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, по факсу (202) 690-7442 или электронной почтой: program.intake@usda.gov.

Люди, которые являются глухими, тугоухими или имеют дефекты речи, могут связаться с USDA через Федеральное обслуживание реле по телефону (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (испанский язык).