



## Заявление на программу дополнительных пищевых ресурсов

|  |  |                         |               |                                |  |
|--|--|-------------------------|---------------|--------------------------------|--|
| Имя Заявителя  |  | Номер Телефона          |               | Округ                          |  |
| Физический Адрес (Улица, Город, Почтовый Индекс)                 |  |                         |               |                                |  |
| Почтовый Адрес (Если Отличается) (Улица, Город, Почтовый индекс) |  |                         |               |                                |  |
| Номер Дела Клиента   |  | Дата Рождения Заявителя |               | Общее Число Проживающих в Доме |  |
| Число Подходящих Лиц, Проживающих в Доме                         |  | Возраст                 | Дата Рождения | Номер Дела                     |  |
|  |  |                         |               |                                |  |
|  |  |                         |               |                                |  |
|  |  |                         |               |                                |  |

**Об изменениях необходимо заявить: заявители обязаны сообщить об изменениях в доходах проживающих в доме или составе семьи в течении 10 дней после того, как об изменениях стало известно членам семьи.**

Обозначьте источник и сумму текущих (по данным на прошлый месяц) доходов до любых взиманий, таких как налоги и доход «social security». Эта сумма должна отражать доход всех членов семьи. “Дополнительные” доходы включают в себя комиссионные; пособие по забастовке, доход от трастов, помощь от родственников и т.д. В случае если доход прошлого месяца не является характерным ежемесячным доходом, то обозначьте также среднемесячный доход семьи за последние 12 месяцев.

| Месячный Доход на Семью                | Сумма в месяц | Сумма в месяц |
|--|---------------|---------------|
| Общая Сумма Доходов                    |               |               |
| Доход «Social Security»                |               |               |
| Государственная помощь (Welfare)       |               |               |
| Пенсия/Пенсионные доходы               |               |               |
| Доходы от Частного Предпринимательства |               |               |
| Доход по Безработице                   |               |               |
| Другие доходы                          |               |               |
| <b>Общий Доход на Семью</b>            |               |               |

### Руководство по критериям допустимости на 2020 год

| Размер Семьи                                     | Доход “Senior” (Максимальный Месячный Доход на семью) | Доход “Senior” (Максимальный Годовой Доход на Семью) |
|--|---|--|
| 1  | \$1,383   | \$16,588   |
| 2  | \$1,868   | \$22,412   |
| 3  | \$2,353   | \$28,236   |
| 4  | \$2,839   | \$34,060   |
| 5  | \$3,324   | \$39,884   |
| 6  | \$3,809   | \$45,708   |
| Добавьте для каждого Дополнительного Члена Семьи | \$ 486  | \$5,824  |

**ЭТНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)**

Вы Латиноамериканского Происхождения? (Исключительно для статистических данных)

ДА  НЕТ

|  |  |       |                               |  |           |
|--|--|-------|-------------------------------|--|-----------|
| К какой расе вы принадлежите?<br>(Выберите одну или более) | Американский Индеец или Коренной Житель Аляски | Азиат | Чернокожий или Афроамериканец | Коренной Житель Гавайев или Тихоокеанских Островов | Белокожий |
|  |  |       |                               |  |           |

**ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ, ОЗНАКОМЬТЕСЬ СО СВОИМИ ПРАВАМИ И ЧТО ОЗНАЧАЕТ ВАША ПОДПИСЬ:**

- ✓ Стандарты для участия в программе равны для всех, независимо от расы, цвета кожи, национальности, пола, возраста и нетрудоспособности.
- ✓ Вы можете оспаривать любое решение, принятое локальным агентством относительно отказа или прекращения программы для вас.
- ✓ Вам предоставят информацию об услугах диетолога, услугах здравоохранения и социальных услугах и вам настоятельно рекомендуют соискать необходимые услуги.
- ✓ Если ваше заявление будет одобрено, локальное агентство сделает так, чтобы обучение по рациональному питанию было вам доступно и вам настоятельно рекомендовано принять в этом участие.

Данное заявление заполняется с целью получения Федеральной помощи. Официальные представители Программы могут проверять информацию, указанную в этой форме. Я понимаю, что сознательное искажение информации может привести к судебным преследованиям по соответствующим законам Штата и Государства. Я также понимаю, что я не могу получать пособие CSFP и пособие WIC одновременно; я не могу получать пособие CSFP в более чем одном офисе CSFP в одно и то же время; и что необоснованное получение или использование пособия CSFP являющееся результатом двойного участия в программе, либо другие нарушения в рамках программы могут привести к иску против меня с целью возврата суммы пособия и могут привести к дисквалификации из CSFP. К тому же, я понимаю что предоставленная информация может быть передана другим организациям с целью выявления и предотвращения двойного участия в программе. Я осведомлен(а) о моих правах и обязанностях в рамках программы. Я подтверждаю, что предоставленная мной информация для определения моего соответствия программе верна, насколько мне известно.

Я уполномочиваю предоставление данной информации другим организациям, управляющим программами помощи, с целью определения моего соответствия для других программ поддержки и других программ помощи населению. (Пожалуйста укажите ваше решение поставив галочку в соответствующем поле.)

YES  NO

|   |      |
|---|------|
| Подпись Просителя или Попечителя                      | Дата |
| Подпись заявителя для сертификации из списка ожидания | Дата |

**\* \* \* \* ТОЛЬКО ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ СЕРТИФИЦИРУЮЩИМ АГЕНТСТВОМ \* \* \* \* \***

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| I have verified the following for each applicant. Check all that apply.<br><input type="checkbox"/> Identification<br><input type="checkbox"/> List type of ID _____<br><input type="checkbox"/> Age<br><input type="checkbox"/> Place of Residence<br><input type="checkbox"/> Household members | Applicant is:<br><br><input type="checkbox"/> Eligible<br><br><input type="checkbox"/> Not Eligible | Category:<br><br><input type="checkbox"/> Elderly<br><br><input type="checkbox"/> Child | Is caseload available?<br><br><input type="checkbox"/> Yes<br><br><input type="checkbox"/> No |
|   |   |   |   |

Date notice is provided to the applicant.

Certification Period: \_\_\_\_\_ → First Month: \_\_\_\_\_ Last Month: \_\_\_\_\_

Certifying Official Signature and Date: