



Staff use only:

Received, date: _____

Approved Denied

Wait List, date: _____

ПРИМЕНЕНИЕ ДЛЯ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ
CSFP является старшей программой продовольственной помощи. Он предназначен для членов сообщества в возрасте 60 лет и старше, проживающих в округе Камберленд и отвечающих требованиям к доходам (см. Таблицу ниже).

Имя: _____ Дата рождения: _____ / _____ / 19_____

Адрес: _____ город: _____ почтовый индекс: _____

номер телефона: _____ где вы зарегистрировались? _____

Есть ли друг, помощник, помощник или работник дела, который поможет в этом или собирает для вас?

Имя прокси: _____ Номер телефона прокси: _____

Как вы определяете? выберите все применимые.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Испанский или испанский (любая раса) |
| <input type="checkbox"/> азиатка | <input type="checkbox"/> белый |
| <input type="checkbox"/> Черный или африканский | <input type="checkbox"/> Другие: _____ |
| <input type="checkbox"/> родной гавайский или тихоокеанский островитянин | Если Другое, укажите, пожалуйста: _____ |

Пожалуйста, подтвердите свой доход в зависимости от размера вашей семьи. Проверьте диапазон, который применяется.

Размер домохозяйства	ежемесячный доход домашних хозяйств	Размер домохозяйства	ежемесячный доход домашних хозяйств
1	___ \$0 - \$1,395	4	___ \$0 - \$2,871
2	___ \$0 - \$1,887	5	___ \$0 - \$3,363
3	___ \$0 - \$2,379	6	___ \$0 - \$3,855
>6	___ \$0 - (для каждого дополнительного члена домохозяйства добавить \$492.00)		

Читая, подписывая и датируя эту форму, я признаю, что мне сообщили о моих правах и обязательствах по программе. Я подтверждаю, что предоставленная информация является точной и полной, насколько мне известно, и что преднамеренное искажение может подвергнуть меня судебному преследованию в соответствии с применимыми государственными и федеральными законами. Я понимаю, что я должен уведомить CSFP о всех изменениях в доходах, адресе или составе домохозяйства в течение 10 дней.

Я понимаю, что CSFP предоставит дополнительные продукты, но я могу отменить программу, если я не буду принимать пищу в течение трех последовательных месяцев, не связываясь с сотрудниками, если я продаю продукты CSFP или намеренно скрываю информацию о моем праве на участие. Я знаю, что должностным лицам программы может потребоваться проверить информацию об этой форме и что я обязан сотрудничать.

Я подтверждаю, что я не получаю преимуществ CSFP на нескольких сайтах. Кроме того, я знаю, что предоставленная информация может быть выпущена другим организациям, управляющим программами помощи, для использования в определении моего права участвовать, а также в выявлении и предотвращении двойного участия.

Подпись: _____ Дата: _____

В соответствии с Федеральным законом и политикой Министерства сельского хозяйства США этому учреждению запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Чтобы подать жалобу о дискриминации, напишите Министерству сельского хозяйства США, Директору Управления по гражданским правам, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 или позвоните по телефону (866) 632-9992 (TDD) или (866) 377-8642 (Речевые пользователи). USDA является поставщиком равных возможностей и работодателем.

Департамент сельского хозяйства, охраны природы и лесного хозяйства штата Мэн не дискриминирует по признаку инвалидности, расы, цвета кожи, религии, пола, сексуальной ориентации, возраста или национального происхождения при поступлении или доступе к их программам или деятельности, или найма или найма. Это уведомление предоставляется в соответствии с требованиями раздела II Закона 1975 года об инвалидах и Закона о правах человека в штате Мэн.

Пожалуйста, верните эту форму, чтобы:
Wayside Food Programs, c/o CSFP, P.O. Box 1278, Portland, ME 04104

