



Staff use only:
 Received, date: _____
 Approved Denied
 Wait List, date: _____

Demande de programme complémentaire de produits alimentaires

Le CSFP est un programme d'aide alimentaire pour personnes âgées. Les membres de la communauté âgés de soixante ans et plus, vivant dans le comté de Cumberland et respectent les exigences de revenu (veuillez vous référer au tableau ci-dessous) sont admissibles.

Nom complet: _____ Date de Naissance: ____/____/19____

Adresse du Domicile: _____ Ville: _____ Code Postal: _____

Numéro de Téléphone: _____ Où est-ce que vous vous êtes inscrit? _____

Y at-il un ami, un voisin, un assistant ou un travailleur de cas qui recevra la nourriture pour vous chaque mois?

Leur nom complet: _____ Leur numéro de téléphone: _____

Comment vous identifiez-vous? Cochez tout ce qui s'applique.

- Indien d'Amérique ou Originaire d'Alaska Espagnol / Hispanique / Latino (toute course)
 Asiatique Caucasien
 Noir ou afro-américain une autre option:
 Natif Hawaïen ou Pacifique Insulaire Si autre, veuillez préciser _____

Vérifiez vos revenus en fonction de la taille de votre ménage. Vérifiez la portée qui s'applique.

la taille du ménage	Revenu mensuel du ménage	la taille du ménage	Revenu mensuel du ménage
1	___\$0 - \$1,307	4	___\$0 - \$2,665
2	___\$0 - \$1,760	5	___\$0 - \$3,118
3	___\$0 - \$2,213	6	___\$0 - \$3,571
>6	___\$0 - Pour chaque membre supplémentaire du ménage, ajouter 453,00 \$		

En lisant, en signant et en datant ce formulaire, je reconnais avoir été informé de mes droits et obligations au titre du programme. Je certifie que l'information fournie est exacte et complète au mieux de ma connaissance et que des fausses déclarations délibérées peuvent me soumettre à des poursuites en vertu des lois fédérales et fédérales applicables. Je comprends que je dois informer CSFP de tous les changements de revenus, d'adresse ou de composition du ménage dans les 10 jours.

Je comprends que le CSFP fournira des aliments supplémentaires, mais je pourrais être retiré du programme si je ne reçois pas de nourriture 3 mois de suite sans communiquer avec le personnel, vendre des aliments CSFP ou refuser intentionnellement des informations sur mon admissibilité. Je suis conscient que le programme peut avoir besoin de vérifier les informations sur ce formulaire et que je suis obligé de coopérer.

Je certifie que je ne recevrai pas les avantages de CSFP à plus d'un endroit. Je suis également conscient que l'information fournie peut être diffusée à d'autres organismes qui administrent des programmes d'aide pour déterminer mon admissibilité et pour détecter et prévenir les doubles emplois.

Signature du Demandeur: _____ Daté: _____

Conformément à la loi fédérale et à la politique du ministère de l'agriculture des États-Unis, il est interdit à cette institution de discriminer en fonction de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du sexe, de l'âge ou du handicap. Pour déposer une plainte de discrimination, écrivez le USDA, le Directeur, Bureau des droits civiques, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 ou appelez le (866) 632-9992 (TDD) ou (866) 377-8642 (Relay Voice Utilisateurs). USDA est un fournisseur et un employeur offrant l'égalité des chances.

Le ministère de l'Agriculture, de la Conservation et de la Forêt du Maine ne fait pas de discrimination fondée sur le handicap, la race, la couleur, la croyance, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge ou l'origine nationale, l'admission, l'accès ou l'exploitation de ses programmes, services ou activités, ou Ses pratiques d'embauche ou d'emploi. Cet avis est fourni conformément au Titre II de la Americans with Disabilities Act 1975 et à la Maine Human Rights Act.

Veuillez envoyer ce formulaire à l'adresse suivante:

Wayside Food Programs, c/o CSFP, P.O. Box 1278, Portland, ME 04104

