



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		
Общий Доход на Семью		

Руководство по критериям допустимости на 2021 год

Размер Семьи	Доход “Senior” (Максимальный Месячный Доход на семью)	Доход “Senior” (Максимальный Годовой Доход на Семью)
1	\$1,396	\$16,744
2	\$1,888	\$22,646
3	\$2,379	\$28,548
4	\$2,871	\$34,450
5	\$3,363	\$40,352
6	\$3,855	\$46,254
Добавьте для каждого Дополнительного Члена Семьи	\$ 492	\$5,902

ЭТНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)

Вы Латиноамериканского Происхождения? (Исключительно для статистических данных)

ДА **НЕТ**

К какой расе вы принадлежите? (Выберите одну или более)	Американский Индеец или Коренной Житель Аляски	Азиат	Чернокожий или Афроамериканец	Коренной Житель Гавайев или Тихоокеанских Островов	Беложий

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. <input type="checkbox"/> Identification <input type="checkbox"/> List type of ID _____ <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Place of Residence <input type="checkbox"/> Household members	Applicant is: <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Not Eligible	Category: <input type="checkbox"/> Elderly <input type="checkbox"/> Child	Is caseload available? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Date notice is provided to the applicant.

Certification Period: _____ First Month: _____ Last Month: _____

Certifying Official Signature and Date: