



Everyday Eats Заявка



Имя заявителя		Обращение №	
Номер телефона		Округ	
Фактический адрес (улица, город, почтовый индекс)			
Почтовый адрес (если отличается) (улица, город, почтовый индекс)			
Дата рождения заявителя		Количество лиц, проживающих в одном домохозяйстве	
Имена членов семьи, удовлетворяющих требованиям программы		Возраст	Дата рождения
			Номер дела (для учреждений)

ДАННЫЕ О РАСОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО) Внимание! Если Вы решите не раскрывать данные о своей расовой и этнической принадлежности, учреждение определит расовую и этническую принадлежность на основе их наблюдений.

Вы являетесь лицом испанского или латиноамериканского происхождения? (только для статистических целей) ДА НЕТ

Укажите Вашу расовую принадлежность (выберите один или несколько вариантов)

- Американский индеец /коренной житель Аляски Азиат Представитель негроидной расы /афроамериканец Коренной житель Гавайев или тихоокеанских островов Белый

Методические рекомендации по доходам на 2022 год

Размер семьи	Семейный доход	Семейный доход
1	1,473 долл. США	17,667 долл. США
2	1,984 долл. США	23,803 долл. США
3	2,495 долл. США	29,939 долл. США
4	3,007 долл. США	36,075 долл. США
5	3,518 долл. США	42,211 долл. США
На каждого дополнительного члена семьи, добавить	512 долл. США	6,136 долл. США

Укажите источник и сумму дохода за последний месяц до любых вычетов, таких как налоги и социальное обеспечение. Эта сумма должна включать доход всех членов семьи. «Прочие» доходы включают комиссионные, пособия, выдаваемые профсоюзом забастовщикам, доход от трастовых компаний, помощь от родственников и т. д. Если доход за прошлый месяц не отражает обычный доход домохозяйства, ежемесячный доход может быть рассчитан как средний доход домохозяйства за предыдущие 12 месяцев.

Тип дохода	Месячный доход	Годовой доход
Заработная плата до вычета налогов, вознаграждение		
Социальное обеспечение		
Субсидия /пенсия		
Доход от индивидуальной трудовой деятельности		
Пособие по безработице		
Другие доходы		
Общий доход домохозяйства		

Участники программы должны сообщать об изменениях в доходе или составе домохозяйства в течение 10 дней после того, как домохозяйствам становится о таких изменениях известно.

ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ СО СВОИМИ ПРАВАМИ И ЗНАЧЕНИЕМ ВАШЕЙ ПОДПИСИ:

- ✓ Стандарты участия в программе одинаковы для всех, независимо от расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста и наличия или отсутствия ограниченных физических возможностей.
- ✓ Вы можете обжаловать любое решение, принятое местным органом по Вашему отказу от участия или прекращению участия в Программе.
- ✓ Вам будет предоставлена справочная информация о питании, здравоохранении и социальных услугах, и будет предложено обратиться за необходимой помощью.
- ✓ Если Ваша заявка будет одобрена, местный орган предоставит Вам доступ к программе обучения в области питания, и Вам будет предложено принять в ней участие.

Эта заявка заполняется для получения помощи федерального правительства.

Государственные служащие Программы могут проверять информацию, указанную в этой форме. Мне известно, что умышленное введение в заблуждение может повлечь за собой судебное преследование в соответствии с применимыми законами штата и федеральными законами. Мне также известно, что я не вправе получать помощь по настоящей Программе одновременно в нескольких ее центрах. Кроме того, мне известно, что предоставленная информация может быть передана другим организациям с целью выявления и предотвращения двойного участия. Мне сообщили о моих правах и обязанностях по Программе. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, информация, предоставленная мною для определения моего соответствия критериям для участия, является точной.

Я даю разрешение на раскрытие информации, представленной в этой форме заявки, другим организациям, предоставляющим программы помощи, для использования при определении моего соответствия критериям для участия в других программах государственного вспомоществования и для популяризации Программы. (Укажите свое решение, поставив галочку в соответствующем поле.) ДА НЕТ

Подпись заявителя	Дата
Подпись для удостоверения списка кандидатов	Дата

В соответствии с требованиями федерального законодательства в области гражданских прав и норм и политик Министерства сельского хозяйства США (USDA) в отношении гражданских прав, USDA, его Учреждениям, отделениям и сотрудникам, а также организациям, участвующим в программах USDA или управляющим их, запрещается дискриминация по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, наличия инвалидности, возраста или репрессалии или репрессии /преследование за предыдущую деятельность в области гражданских прав в рамках любой программы или деятельности, проводимой или финансируемой USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), необходимо связаться с агентством (государственным или местным), в которое они подали заявление на получение пособия. Глухие, слабослышащие или люди с нарушениями речи могут связаться с USDA через Федеральную диспетчерскую службу для глухонемых по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните [форму жалобы о дискриминации в рамках программы USDA](#) (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу: [Как подать жалобу](#), и в любом офисе USDA, или написать письмо на имя USDA и предоставить в письме всю информацию, запрошенную в форме. Чтобы запросить копию формы для подачи жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA одним из указанных ниже способов:

- (1) почтовый адрес: Министерство сельского хозяйства США
Офис помощника Секретаря по гражданским правам
1400 Independence Avenue, SW
Вашингтон, округ Колумбия
0250-9410;
- (2) факс: (202) 690-7442; или
- (3) электронная почта: program.intake@usda.gov.

Эта организация предоставляет равные возможности.

*** * * * * ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ АТТЕСТАЦИОННЫМ ОРГАНОМ * * * * ***

Мною проверены следующие сведения по каждому кандидату: Отметьте все подходящие варианты.

- Личность (укажите тип удостоверения личности)
- Возраст
- Место жительства
- Члены семьи

Заявитель: Соответствует требованиям
 Не соответствует требованиям

Имеются ли лица, нуждающиеся в помощи?
 Да Нет

Дата уведомления заявителя: Утвержденный срок участия
Первый месяц:

Подпись подтверждающего должностного лица и дата: