



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

Обновленные руководящие принципы определения дохода на 2024 год*

Размер семьи	Семейный доход	Семейный доход
1	1,883 долл. США	22,590 долл. США
2	2,555 долл. США	30,660 долл. США
3	3,228 долл. США	38,730 долл. США
4	3,900 долл. США	46,800 долл. США
5	4,573 долл. США	54,870 долл. США
На каждого дополнительного члена семьи, добавить	5673долл. США	8,070 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 расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), возраста и инвалидности.
- ✓ 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 федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав. Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в ответственное государственное или местное агентство, которое управляет программой, или в центр USDA TARGET по телефону (202) 720- 2600 (голос и телетайп) или связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf>, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992, или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

(1) почтовый адрес:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; или

(2) факс:

(833)256-1665 или (202) 690-7442; или

(3) эл. почта:

program.intake@usda.gov

Это учреждение 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: