

Household Application for USDA Foods / Заявка на получение продуктовой помощи от Министерства сельского хозяйства США (USDA)

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) / Программа экстренной продуктовой помощи (TEFAP)
Sites may request but must not require proof of information. / Отделения могут запрашивать предоставления информации, но не должны требовать подтверждения информации.

Section 1 — Household Information

Раздел 1. Информация о домохозяйстве

Name of household member / Имя и фамилия члена домохозяйства	Number of household members / Количество членов домохозяйства
Address (if available) / Адрес (если имеется)	
Name of proxy / Имя и фамилия доверенного лица	

Section 2 — Categorical Eligibility

Раздел 2. Соответствие критериям для получения помощи на основании категории

<input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) / Программа дополнительной продуктовой поддержки (SNAP)
<input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF) / Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) / Дополнительный гарантированный доход (SSI)
<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals) / Национальная программа предоставления школьных обедов (NSLP) (бесплатное или льготное питание)
<input type="checkbox"/> Medicaid / Мединкейд

Section 3 — Income Eligibility

Раздел 3. Соответствие критериям для получения помощи на основании дохода

Total gross income \$ _____	Общий совокупный доход \$ _____
_____ per year _____ per month _____ per week	_____ в год _____ в месяц _____ в неделю

Section 4 — Household Crisis Eligibility

Раздел 4. Соответствие критериям для получения помощи на основании кризисной ситуации в домохозяйстве

If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here / Если домохозяйство соответствует критериям для получения кризисной продуктовой помощи, укажите причину кризисной ситуации
--

Section 5 — Certification

Раздел 5. Официальное подтверждение

<p>I certify that:</p> <p>(1) I am a member of the household living at the address provided in Section 1 and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;</p> <p>(2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and</p> <p>(3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.</p>	<p>Я подтверждаю, что:</p> <p>(1) я являюсь членом домохозяйства, находящегося по адресу, указанному в Разделе 1, и от имени домохозяйства подаю заявку на получение продуктовой помощи от Министерства сельского хозяйства США в рамках Программы экстренной продуктовой помощи;</p> <p>(2) вся информация, предоставленная агентству, определяющему соответствие моего домохозяйства критериям для получения помощи в рамках программы, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, является точной и достоверной; а также</p> <p>(3) если применимо, информация, предоставленная доверенным лицом домохозяйства, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, является точной и достоверной.</p>
---	---

USDA Nondiscrimination Statement

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA’s TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling, (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant’s name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

(2) fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

Заявление Министерства сельского хозяйства США о недопущении дискриминации

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах, а также правилами и политикой Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав этому учреждению запрещено проводить дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), инвалидности, возраста, а также применять наказание или осуществлять преследование за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского. Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для передачи и получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), следует связаться с ответственным органом штата или местным органом, занимающимся реализацией программы, либо с центром TARGET Министерства сельского хозяйства США по телефону (202) 720-2600 (голосовой и телетайп) или связаться с Министерством сельского хозяйства США через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339.

Для подачи жалобы о дискриминации в рамках программы необходимо заполнить форму AD-3027 «Жалоба о дискриминации в рамках программы Министерства сельского хозяйства США», которую можно получить онлайн по ссылке <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, в любом офисе Министерства сельского хозяйства США, обратившись по телефону (866) 632-9992 или направив письмо на адрес Министерства сельского хозяйства США. Письмо должно содержать имя, фамилию, адрес и номер телефона заявителя, а также описание вменяемых дискриминационных действий с указанием подробностей, достаточных для того, чтобы заместитель секретаря по гражданским правам (ASCR) получил представление о характере и дате вменяемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить в Министерство сельского хозяйства США:

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

(2) по факсу: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или

(3) электронной почтой: program.intake@usda.gov.

Это учреждение оказывает услуги исходя из принципа равных возможностей.

Sections 6 & 7 must be completed by the CE or the site staff / Разделы 6 и 7 заполняются исполнителем или сотрудником отделения

Section 6 — Eligibility or Ineligibility

Раздел 6. Соответствие или несоответствие критериям

<p>___ Household is eligible. Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____</p>	<p>___ Домохозяйство соответствует критериям. Продолжительность сертификации: Начиная с (месяц/год): _____ До (месяц/год): _____</p>
<p>___ Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4). Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____</p>	<p>___ Домохозяйство не соответствует критериям согласно разделам 2 и 3, но соответствует критериям для получения помощи по программе TEFAP на основании кризисной ситуации в домохозяйстве (раздел 4). Продолжительность сертификации: Начиная с (месяц/год): _____ До (месяц/год): _____</p>

Section 7 — Signature and date of CE or site staff

Раздел 7. Подпись исполнителя или сотрудника отделения и дата.

<p>Signature/Подпись _____</p>	<p>Date/Дата _____</p>
---------------------------------------	-------------------------------