

Household Application for USDA Foods / Заява на одержання продуктової допомоги від Міністерства сільського господарства США (USDA)

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) / Програма екстреної продуктової допомоги (TEFAP)
Sites may request but must not require proof of information. / Відділення можуть вимагати надання інформації, але не повинні вимагати підтвердження інформації.

Section 1 — Household Information

Розділ 1. Інформація про домогосподарство

Name of household member / Ім'я та прізвище члена домогосподарства	Number of household members / Кількість членів домогосподарства
Address (if available) / Адреса (якщо є)	
Name of proxy / Ім'я та прізвище довіреної особи	

Section 2 — Categorical Eligibility

Розділ 2. Відповідність критеріям отримання допомоги на підставі категорії

<input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) / Програма додаткової продовольчої підтримки (SNAP)
<input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF) / Тимчасова допомога нужденним сім'ям (TANF)
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) / Додатковий гарантований дохід (SSI)
<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals) / Національна програма надання шкільних обідів (NSLP) (безкоштовне або пільгове харчування)
<input type="checkbox"/> Medicaid / Медікейд

Section 3 — Income Eligibility

Розділ 3. Відповідність критеріям для отримання допомоги на підставі доходу

Total gross income \$ _____	Загальний сукупний дохід \$ _____
_____ per year _____ per month _____ per week	_____ на рік _____ на місяць _____ на тиждень

Section 4 — Household Crisis Eligibility

Розділ 4. Відповідність критеріям отримання допомоги на підставі кризової ситуації в домогосподарстві

If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here. / Якщо домогосподарство відповідає критеріям отримання кризової продуктової допомоги, вкажіть причину кризової ситуації.
--

Section 5 — Certification

Розділ 5. Офіційне підтвердження

<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 підтверджую, що:</p> <p>(1) я є членом домогосподарства, що знаходиться за адресою, зазначеною в Розділі 1, і від імені домогосподарства подаю заяву на отримання продуктової допомоги від Міністерства сільського господарства США в рамках Програми екстреної продуктової допомоги;</p> <p>(2) уся інформація, надана агентству, що визначає відповідність мого домогосподарства критеріям для отримання допомоги в рамках програми, настільки мені відомо, є точною та достовірною; а також</p> <p>(3) якщо застосовно, інформація, надана довіреною особою домогосподарства, настільки мені відомо, є точною та достовірною.</p>
---	--

<p>USDA Nondiscrimination Statement</p> <p>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.</p> <p>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, audiotape, 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.</p> <p>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-A-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:</p> <p>(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</p> <p>(2) fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or</p> <p>(3) email: program.intake@usda.gov.</p> <p>This institution is an equal opportunity provider.</p>	<p>Повідомлення Міністерства сільського господарства США щодо недопущення дискримінації</p> <p>Відповідно до федерального закону про цивільні права, а також правил і норм Міністерства сільського господарства США (USDA) в галузі цивільних прав цій установі заборонено проводити дискримінацію за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі (зокрема гендерної ідентичності та сексуальної орієнтації), інвалідності, віку, а також застосовувати покарання або переслідування за попередню діяльність у галузі цивільних прав.</p> <p>Інформація про програму може бути доступна іншими мовами, крім англійської. Особам з обмеженими можливостями, яким потрібні альтернативні засоби комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів), слід зв'язатися з відповідальним органом штату або місцевим органом, що займається реалізацією програми, або з центром TARGET Міністерства сільського господарства США за телефоном (202) 720-2600 (голосовий та телетайп) або зв'язатися з Міністерством сільського господарства США через Федеральну службу комунікованих повідомлень за телефоном (800) 877-8339.</p> <p>Щоб подати скаргу про дискримінацію в рамках програми, потрібно заповнити форму AD-3027 «Скарга щодо дискримінації в рамках програми Міністерства сільського господарства США», яку можна отримати онлайн за посиланням https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-A-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, в будь-якому офісі Міністерства сільського господарства США, звернувшись за телефоном (866) 632- 9992 або надіславши листа на адресу Міністерства сільського господарства США. Лист повинен містити ім'я і прізвище, адресу та номер телефону скаржника, а також опис ймовірних дискримінаційних дій із зазначенням подробиць, достатніх для того, щоб заступник секретаря з цивільних прав (ASCR) отримав уявлення про характер і дату ймовірного порушення цивільних прав. Заповнену форму AD-3027 або листа необхідно надіслати до Міністерства сільського господарства США одним із указаних нижче способів:</p> <p>(1) поштою: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; або</p> <p>(2) факсом: (833) 256-1665 або (202) 690-7442; або</p> <p>(3) електронною поштою: program.intake@usda.gov</p> <p>Ця установа надає послуги на основі принципу рівних можливостей.</p>
--	---

Sections 6 & 7 must be completed by the CE or the site staff. / Розділи 6 і 7 заповнюються співробітником організації або відділення.

<p>Section 6 — Eligibility or Ineligibility</p> <p>___ Household is eligible. Length of certification:</p> <p>Beginning (month/year): _____</p> <p>Ending (month/year): _____</p>	<p>Розділ 6. Відповідність чи невідповідність критеріям</p> <p>___ Домогосподарство відповідає критеріям. Тривалість сертифікації:</p> <p>Починаючи з (місяць/рік): _____</p> <p>До (місяць/рік): _____</p>
<p>___ Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4).</p> <p>Length of certification: Beginning (month/year): _____</p> <p>Ending (month/year): _____</p>	<p>___ Домогосподарство не відповідає критеріям згідно з розділами 2 та 3, але відповідає критеріям для отримання допомоги за програмою TEFAP на підставі кризової ситуації у домогосподарстві (розділ 4).</p> <p>Тривалість сертифікації:</p> <p>Починаючи з (місяць/рік): _____</p> <p>До (місяць/рік): _____</p>

<p>Section 7 — Signature and date of CE or site staff</p> <p>Signature / Підпис _____</p>	<p>Розділ 7. Підпис співробітника організації або відділення та дата</p> <p>Date / Дата _____</p>
--	--