Food Assistance
PO Box 42560
Olympia WA 98504-2560
foodassistance@agr.wa.gov

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)
(Программа выдачи дополнительных продуктов питания)
Заявление о праве на участие

Подрядчик: _____ Номер клиента: _____

Пункт выдачи: _____ Округ: _____

Статус	Дата	Наличие права	Дата окончания	Инициалы должностного лица
Список ожидания		☐ Да ☐ Нет		
Временно		☐ Да ☐ Нет		
1. Сертификация		☐ Да ☐ Нет		
2. Повторная сертификация		☐ Да ☐ Нет		
3. Повторная сертификация		☐ Да ☐ Нет		
Прекращение		Основание:		

Сведения о заявителе			
ФИО заявителя	Фамилия:	Имя:	Среднее имя:
Ответственная сторона	Фамилия:	Имя:	Среднее имя:
Контактная информация	Домашний телефон:	Сотовый телефон:	Эл. почте:
Адрес	Номер дома и улица:		
	Почтовый ящик:		
	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Подтверждение адреса	☐ Почтовое отправление ☐ Водительское удостоверение ☐ Счёт за коммунальные услуги ☐ Карта частного страхования ☐ Договор аренды/съёма жилья ☐ Квитанция о получении арендной платы ☐ Другое (укажите конкретно): _____		
Данные о расе и этническом происхождении	Какова ваша этническая категория? ☐ Испаноговорящий или латиноамериканец ☐ Не испаноговорящий или не латиноамериканец Какова ваша раса? ☐ Американский индеец или уроженец Аляски ☐ Азиат ☐ Чёрный или афоамериканец (выберите одну или несколько) ☐ Уроженец Гавайских или других Тихоокеанских островов ☐ Белый		
Подтверждение личности	☐ Свидетельство о рождении ☐ Водительское удостоверение ☐ Удостоверение личности ☐ Другое (укажите конкретно): _____ Дата рождения: _____ Возраст: _____		
Самостоятельно предоставляемые сведения	Размер семьи: _____ Отвечает стандартам дохода (130%-му Федеральному стандарту бедности) ☐ Да ☐ Нет		

Настоящее заявление подаётся в связи с получением федеральной помощи. Указанная в этой форме информация может проверяться должностными лицами программы. Я понимаю, что в результате предоставления заведомо ложных сведений я могу быть подвергнут преследованию в рамках соответствующих законов штата и федерального правительства. Я понимаю также, что я не могу одновременно получать пособия CSFP и WIC и не имею права получать пособия CSFP более чем в одном пункте CSFP. Кроме того, я понимаю, что предоставленная информация может передаваться другим организациям с целью установления и пресечения двойного участия. Мне сообщили о моих правах и обязательствах в рамках данной программы. Я подтверждаю, что информация, предоставляемая мной с целью определения моего права на участие, является, насколько мне известно, достоверной.

Я разрешаю передавать информацию, указанную в этой форме заявления, другим организациям, руководящим программами помощи, для целей определения моего права на участие в других программах социальной помощи и проведения информационно-пропагандистской работы.

(Просим указать решение, поставив галочку в соответствующей рамке.) ☐ Да ☐ Нет

Я подписал и получил копию Договора участия. Если я буду утверждён программой, я понимаю, что меня могут внести в список ожидания.

Подписывая настоящее Заявление о праве на участие, я подтверждаю, что я прочитал(а) предоставленное мне руководство по доходам и что мой доход подпадает под 130%-й Федеральный стандарт бедности (Federal Poverty Income Guidelines).

_____ _____

Подпись участника / ответственной стороны Дата

Заявление USDA о недопущении дискриминации

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах, а также постановлениями и политиками министерства сельского хозяйства США (USDA) в отношении гражданских прав, министерство USDA, его агентства, офисы и работники, а также учреждения, принимающие участие в программах министерства USDA или управляющие ими, не имеют права допускать дискриминацию на основе расы, цвета кожи, национальной принадлежности, пола, инвалидности, возраста, а также репрессии или месть за предыдущие действия по защите гражданских прав в рамках каких-либо программ или мероприятий, реализуемых или финансируемых министерством USDA.

Имеющие инвалидность лица, которым требуются альтернативные средства коммуникации для обмена информацией о программах (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), могут обратиться в агентство (штата или местное), в котором они подавали заявление на получение льгот. Лица, страдающие глухотой, нарушениями слуха или речи, могут связаться с министерством USDA через федеральную релейную службу (Federal Relay Service) по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация о программах может быть предоставлена на других языках, помимо английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программе, заполните Форму жалобы о дискриминации в программе министерства USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form) (AD-3027) по адресу: https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer или в любом офисе министерства USDA либо напишите письмо на адрес министерства USDA и сообщите в нем всю информацию, которая запрашивается в форме. Чтобы заказать копию формы жалобы, позвоните по номеру (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в министерство USDA по:

Почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
Факсу: (202) 690-7442; или
Эл. почте: program.intake@usda.gov

Организация является поставщиком, обеспечивающим равные возможности.

Просим вернуть эту заполненную форму по адресу:

_____
_____
_____

С вопросами обращайтесь к нам по телефону:

_____