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

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)
(Программа выдачи дополнительных продуктов питания)
Договор участия (права и обязанности)

Дата: _____

1. Я, _____ , подтверждаю, что информация, предоставляемая мной с целью определения моего права на участие, является, насколько мне известно, достоверной.
2. Местное учреждение передаст мне учебные материалы по вопросам питания, и мне предлагается принять участие в предоставлении этих услуг.
3. Местное учреждение передаст мне письменную информацию о других программах в области питания, медицинского обслуживания или помощи, а также даст соответствующие направления.
4. Я понимаю, что продукты питания, предоставляемые программой CSFP, предназначаются тому участнику, которому они выдаются, а не каким-либо другим лицам.
5. Я понимаю, что программа CSFP обеспечивает дополнительное, а не основное питание.
6. Я понимаю, что каждые 12 месяцев я обязан(а) подтверждать, что в информации, содержащейся в исходной официальной сертификации CSFP, не произошло никаких изменений и что я по-прежнему желаю участвовать в программе CSFP. Кроме того, я обязан(а) заново пройти официальную индивидуальную сертификацию CSFP через 36 месяцев после даты исходной официальной сертификации CSFP.
7. Местное учреждение в течение 10 дней уведомит меня о принятом решении относительно права на участие. Если будет установлено, что я не имею права на участие, меня известят об этом письменно.
8. Я понимаю, что меня также могут внести в список ожидания на получение пособий, когда в программе появится место. Если меня внесут в список ожидания, то в течение 10 дней я получу письменное извещение об этом.
9. Я имею право оспаривать решения и просить о проведении беспристрастного слушания. Я могу попросить о проведении беспристрастного слушания в течение 60 дней после времени уведомления. В заявке должно включаться изложение фактов, указываться причины, по которым, как я считаю, я имею право на беспристрастное слушание, а также описываться решение, о принятии которого я прошу. Вы имеете право добиваться судебного пересмотра решения. Во время беспристрастного слушания вы имеете право представлять самого себя или быть представленным родственником, другом, адвокатом или иным уполномоченным представителем. Вы имеете право привлекать свидетелей. Вы имеете право предлагать аргументы, задавать вопросы или опровергать показания или свидетельства, включая возможность устраивать очную ставку и подвергать перекрёстному опросу свидетелей противной стороны, а также представлять доказательства в поддержку своих доводов. Беспристрастное слушание представляет собой административное слушание в присутствии беспристрастного должностного лица, при этом решение принимается в течение 45 дней после получения исходного запроса о проведении слушания.

Чтобы попросить о проведении беспристрастного слушания, сделайте заявку устно или подайте её в письменном виде в организацию штата или местное учреждение в течение 60 дней после даты заключения настоящего договора.

Подрядчик: _____

Адрес: _____

_____

Телефон: _____

WSDA Food Assistance
1111 Washington Street SE, 2nd Floor
PO Box 42560
Olympia WA 98504-2560
(360) 725-5640

Участники, которым было отказано в получении пособий при исходной сертификации, у которых истёк срок действия сертификации или которые категорически потеряли право на участие в программе, не будут получать пособия в период ожидания решения по своей апелляции.

10. Я понимаю, что я не имею права получать пособия CSFP более чем в одном пункте CSFP одновременно.
11. Я понимаю, что неправомочное использование или получение пособий CSFP в результате двойного участия или других нарушений требований программы может привести к подаче иска против участника с целью возвращения стоимости неправомочно полученных пособий, а также к дисквалификации из программы CSFP.
12. Я буду сообщать в местное учреждение об изменениях дохода или состава семьи в течение 10 дней после того, как об этом изменении стало известно семье.
13. Коробки CSFP следует забирать:

Место: _____ Контактное лицо: _____
Дата: _____ Контактный телефон: _____

Для получения своей коробки вы должны предъявить какое-нибудь удостоверение личности.

14. Участвуя в программе CSFP, я буду забирать продукты питания согласно указаниям, раз в месяц. Неполучение продуктов (неявка) в соответствии с указаниями может привести к прекращению участия в программе.
    a) Первая неявка – Если вы не заберёте свои продукты по программе CSFP до третьей недели месяца, то вам позвонят (продукты CSFP, выделенные вам, но не полученные, могут быть временно переданы клиентам, занесённым в список ожидания).
    b) Вторая неявка – Если вы повторно не заберёте свои продукты по программе CSFP до третьей недели месяца, может произойти следующее:
        - Может быть пересмотрен или сокращён ваш период сертификации; или
        - Вы получите от CSFP Уведомление об изменении права на участие.
            - Если вы желаете попросить о продолжении своего участия в программе (при наличии возможности), то вам необходимо обратиться в наш офис и договориться о встрече для проведения сертификации. _____ (место для инициалов)

Мне сообщили о моих правах и обязанностях в рамках Программы дополнительных продуктов питания и передали копию настоящего договора участия.

_____ _____
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.