

Сертификация и выдача пакета продуктов
CERTIFICATION AND FOOD PACKAGE PICK-UP

ПЕРВЫЙ ГОД

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

Заявитель будет проинформирован о наличии или отсутствии права на получение льгот программы CSFP или о помещении в лист ожидания в течение 10 дней с даты подачи заявления.								
Фамилия участника	Имя	Средний инициал	Дата рождения	Административный округ	Дата начала сертификации / /			
Улица и номер дома	Город	Почтовый индекс	Номер телефона		Дата окончания сертификации (+ 2 года) / /			
Вопросы для сертификации Если все три ответа «yes» (да), то заявитель имеет право на участие в программе. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Идентификатор (ID) означает возраст 60 или больше , только первый раз. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Показывает подтверждение того, что адрес находится в зоне обслуживания . <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Самостоятельно декларирует доход на уровне или ниже указанного.			Представитель № 1: (имя и фамилия печатными буквами)					
			Представитель № 2: (имя и фамилия печатными буквами)					
Раса (отметьте все, что применимо): <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка)/коренной житель (жительница) Аляски <input type="checkbox"/> Азиат (азиатка) <input type="checkbox"/> Черный (черная) или афро-американец (афро-американка) <input type="checkbox"/> Коренной житель (жительница) Гавайских островов/уроженец (уроженка) других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый (белая) Этническое происхождение (необходимо отметить один пункт): <input type="checkbox"/> Испаноязычное или латиноамериканское <input type="checkbox"/> Не испаноязычное или латиноамериканское			ПОДПИСЬ		Дата	CSFP Инициал	Информация и обучение по вопросам питания предоставлены	
			Для каждой выдачи продуктов требуется участник программы продуктовой помощи или идентификатор (ID) представителя					
					1.			
					2.			
					3.			
					4.			
					5.			
					6.			
					7.			
					8.			
					9.			
					10.			
					11.			
		12.						

УЧАСТНИК/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:
 Подписываясь ниже, Я подтверждаю, что получил ежемесячный пакет продуктов USDA, предназначенный только для вышеуказанного участника, и понимаю, что правила принятия и участия в программе одинаковы для всех, независимо расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (гендерная идентичность и сексуальная ориентация), возраста или наличия инвалидности; также запрещается применять возмездие или ответные меры за предпринятые ранее действия по реализации гражданских прав.

Сертификация и выдача пакета продуктов CERTIFICATION AND FOOD PACKAGE PICK-UP

ВТОРОЙ ГОД

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

Скопируйте следующую информацию со стороны ПЕРВЫЙ ГОД этой формы:

Фамилия участника	Имя	Средний инициал	Дата рождения	Административный округ	Дата окончания сертификации / /
<p>Вопросы для продления сертификации: если оба ответа «yes» (да) – сертификация может быть продлена на еще один год. Если один или несколько ответов «no» (нет) – следуйте политике для прекращения сертификации.</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Устно подтверждает, что текущий адрес находится в зоне обслуживания.</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Заявляет, что доход не изменился/находится на уровне указания или ниже.</p>		Представитель № 1: (имя и фамилия печатными буквами)			
		Представитель № 2: (имя и фамилия печатными буквами)			
<p>УЧАСТНИК/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ: Подписываясь ниже, Я подтверждаю, что получил ежемесячный пакет продуктов USDA, предназначенный только для вышеуказанного участника, и понимаю, что правила принятия и участия в программе одинаковы для всех, независимо расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (гендерная идентичность и сексуальная ориентация), возраста или наличия инвалидности; также запрещается применять возмездие или ответные меры за предпринятые ранее действия по реализации гражданских прав.</p>		<p align="center">ПОДПИСЬ</p> <p>Для каждой выдачи продуктов требуется участник программы продуктовой помощи или идентификатор (ID) представителя</p>	<p align="center">Дата</p>	<p align="center">CSFP Инициал</p>	<p align="center">Информация и обучение по вопросам питания предоставлены</p>
		1.			
		2.			
		3.			
		4.			
		5.			
		6.			
		7.			
		8.			
		9.			
		10.			
		11.			
		12.			

Когда эта сторона формы заполнена, наступает время повторной сертификации с использованием новой формы.