

Программа продовольственной помощи CSFP

Заявка на участие

Принять участие в этой программе могут только лица старше 60 лет, общий доход семьи которых не превышает 130 % от уровня дохода, указанного в Федеральном руководстве по определению порога бедности (Federal Poverty Income Guideline).

ИНСТРУКЦИИ. Пожалуйста, заполните все поля заявки, чтобы избежать задержек в обработке.

- Страница 1. Заполните все обязательные поля, в том числе: укажите доказательство возраста, личности и проживания в штате Род-Айленд, задекларированный доход и количество членов семьи.
- Страница 2. Прочитайте руководство по участию в программе, поставьте отметки «Да» или «Нет», а затем проставьте внизу подпись и дату.
- Страница 3. Укажите доверенное лицо (необязательно).

ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ЗАЯВКИ В ВАШ ПУНКТ ВЫДАЧИ ИЛИ ПО АДРЕСУ:

CSFP Coordinators, RI Community Food Bank, 200 Niantic Ave. Providence, 02907; факс: 401-942-2113.

По любым вопросам обращайтесь по телефону: 230-1708.

Фамилия: _____ Имя: _____ Второе имя: ____ Пол: _____

Адрес проживания: _____ Номер телефона: _____

Город: _____ Почтовый индекс в ш. Род-Айленд: _____ Дата рождения: _____

Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания): _____ Город: _____

Почтовый индекс в ш. Род-Айленд: _____

Чтобы помочь нам подобрать наиболее удобный для вас пункт выдачи продовольственного набора, ответьте на следующие вопросы:

- Если вы проживаете в **доме престарелых**, укажите его название и адрес:
- Если вы в настоящее время посещаете **пункт раздачи продуктов питания**, укажите название программы и адрес пункта раздачи:

Как вы планируете добираться до пункта выдачи, чтобы забрать продовольственный набор? (отметьте все подходящие варианты):

- На личном или семейном автомобиле На общественном транспорте (автобус и т. п.) Пешком

Соответствие критериям участия в программе и документация

1. Подтверждение личности и возраста: документ, подтверждающий личность и возраст: _____

2. Подтверждение состава семьи: укажите количество членов семьи: _____

Ежемесячный доход домохозяйства: \$ _____ Я получаю помощь по программе SNAP: Да Нет

Ответы на следующие необязательные вопросы не повлияют на вашу возможность участия в программе.

Пожалуйста, ответьте на вопросы 1 и 2.

1. Вы латиноамериканец? Да Нет
2. Укажите наиболее подходящий вариант(ы) ответа. Вы можете выбрать несколько вариантов.
 - Коренной американец или коренной житель Аляски Азиат Афроамериканец Европеоид (белый американец)
 - Коренной гаваец или другой житель Океании
3. Укажите ваш предпочтительный язык общения.
 - Английский Испанский Русский Португальский Другой: _____

Только для внутреннего пользования

Подпись проверяющего лица и дата:

Права и обязанности участника программы продовольственной помощи

Я согласен(-сна) указать в этой заявке точную информацию, в том числе:

- 1) Подтверждение места жительства, 2) Удостоверение личности, 3) Подтверждение возраста и 4) Информацию о количестве членов и доходах семьи

Я понимаю следующее:

1. Программа продовольственной помощи CSFP — это финансируемая из федерального бюджета продовольственная программа для пожилых людей, предназначенная для оказания помощи пожилым людям в возрасте 60 лет и старше, чей доход составляет 130 % или ниже уровня дохода, указанного в Федеральном руководстве по определению порога бедности.
2. Участники программы должны постоянно проживать в штате Род-Айленд.
3. Критерии участия в данной программе одинаковы для всех, независимо от расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола и инвалидности.
4. Участники должны проходить формальную повторную сертификацию каждые 3 (три) года для подтверждения соответствия требованиям программы, а также обновлять данные на ежегодной основе.
5. Если участники не заберут продовольственный набор CSFP в течение трех последовательных месяцев, их исключат из программы с сохранением права на повторную подачу заявки в любое время.
6. Участникам необходимо предъявлять документы, удостоверяющие личность, и каждый месяц расписываться в получении продовольственного набора CSFP.
7. Участники должны сообщать об изменении уровня дохода семьи или ее состава в течение 10 дней после того, как семье станет известно об изменении.
8. Продовольственные наборы будут предоставляться как единое целое и не могут быть разделены по частям до момента выдачи.
9. Неправомерное использование или получение пособия по программе CSFP в результате двойного участия или других нарушений положений программы может привести к подаче иска против получателя о возмещении стоимости полученного пособия и/или к исключению из программы CSFP без права восстановления.
10. Местная организация проведет с участниками образовательную работу в области правильного питания и посодействует их участию в программе, а также предоставит информацию о других программах в сфере питания, здравоохранения или финансовой помощи и при необходимости направит на соответствующие программы.
11. При получении участником уведомления об отказе в пособии CSFP или прекращении его выдачи участник может обжаловать любое решение, касающееся права на участие, исключения из программы без права восстановления или прекращения выдачи пособия, в рамках процесса объективного разбирательства, гарантируемого Управлением здорового старения штата Род-Айленд.

Заявление подателя заявки:

Настоящая заявка подается в связи с получением федеральной помощи. Информация, указанная в этой форме, может быть проверена ответственными лицами. Я понимаю, что предоставление заведомо ложной информации может привести к возбуждению против меня судебного разбирательства в соответствии с применимыми федеральными законами и законами штата. Я также понимаю, что не могу получать помощь по программе CSFP сразу в нескольких пунктах выдачи CSFP. Кроме того, я понимаю, что предоставленная информация может быть передана другим организациям с целью выявления и предотвращения двойного участия. Я был(-а) проинформирован(-а) о моих правах и обязанностях по программе. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной для определения моего права на участие в программе, является достоверной, насколько мне известно.

Я разрешаю передачу информации, указанной в этой заявке, другим организациям, занимающимся программами помощи, с целью определения моего права на участие в других программах государственной помощи и программах индивидуальной поддержки.

Пожалуйста, выберите решение, поставив отметку в соответствующем поле: Да Нет

Подпись подателя заявки: _____ **Дата:** _____

Доверенные лица для получения продовольственного набора CSFP

Участники программы могут указать одного или нескольких доверенных лиц для получения продовольственных наборов CSFP от их имени. Чтобы забрать продовольственный набор, доверенные лица должны предъявить документ, удостоверяющий их личность.

Настоящим я разрешаю следующему лицу (лицам), указанному(-ым) ниже, получать продовольственные наборы CSFP от моего имени. Я понимаю, что, давая разрешение указанному лицу (лицам), я беру на себя ответственность за его (их) действия. Это разрешение вступает в силу после его получения представителями программы CSFP в штате (общественного продовольственного банка штата Род-Айленд или уполномоченной местной организации по выдаче продовольствия). Я соглашаюсь незамедлительно уведомить продовольственный банк или местную организацию по выдаче продовольствия, если решу изменить своих доверенных лиц.

Подпись подателя заявки:

Дата:

Имя и фамилия доверенного лица:

Номер телефона:

Имя и фамилия доверенного лица:

Номер телефона:

Имя и фамилия доверенного лица:

Номер телефона:

Таблица требований к уровню дохода

(Примечание. Доверенные лица не обязаны соответствовать требованиям к уровню дохода)

Суммарный доход всех членов семьи 6 февраля 2024 г. 130 % от уровня дохода, определенного в Федеральном руководстве по определению порога бедности		
Количество членов семьи	Ежемесячный доход	Годовой доход
1	\$1,632	\$19,578
2	\$2,215	\$26,572
3	\$2,798	\$33,566
4	\$3,380	\$40,560
5	\$3,963	\$47,554
6	\$4,546	\$54,548

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в ответственное государственное или местное агентство, которое управляет программой, или в центр USDA TARGET по телефону (202) 720- 2600 (голос и телетайп) или связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf>, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992, или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

(1) почтовый адрес:

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

(2) факс:

(833) 256-1665 или (202) 690-7442; или

(3) эл. почта:

program.intake@usda.gov

Это учреждение предоставляет равные возможности

ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ЗАЯВКИ

ОТПРАВЛЯЙТЕ ПО АДРЕСУ:

CSFP Coordinator
Rhode Island Community Food Bank
200 Niantic Avenue
Providence, RI 02907
401-230-1708
Факс: 401-942-2113
CSFP@rifoodbank.org

ЗАПРОС НА СПРАВЕДЛИВЫЙ ПЕРЕСМОТР

ДЕЛА ПОДАВАЙТЕ ПО АДРЕСУ:

Rhode Island Office of Healthy Aging
Louis Pasteur Building #57
с/о Ana Rosario
25 Howard Ave.
Cranston RI, 02920
401-462-0566

Вы можете иметь право на участие в других программах государственной помощи, в том числе, без ограничения:

1. **Дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI)**. Эта программа предусматривает выплату дополнительного пособия совершеннолетним инвалидам и детям, имеющим ограниченный доход и ресурсы. Пособие SSI также выплачивается лицам в возрасте 65 лет и старше без инвалидности, соответствующим требованиям к уровню доходов. Телефон (бесплатно): **1-800-772-1213** (телетайп: **1-800-325-0778**). В Интернете: www.ssa.gov/agency/contact/
2. **Медицинская помощь**. Medicare — государственная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше. Телефон (бесплатно): **1-800-772-1213** (телетайп: **1-800-325-0778**). В Интернете: <https://www.medicare.gov/>
3. **Программа дополнительной продовольственной поддержки (SNAP)**. SNAP — федеральная программа предоставления помощи малообеспеченным лицам и семьям с целью покупки продуктов питания. Отдельные лица и семьи имеют право на получение помощи по программе SNAP в зависимости от их доходов (менее 185 % от федерального порога бедности). Телефон (бесплатно): **1-855- 697-4347**. В Интернете: www.dhs.gov/Programs/SNAPApplyNow.php