

Aplicação do Programa Suplementar de Bens Alimentares (CSFP)

Para ser elegível para este programa, deve ter pelo menos 60 anos de idade e o rendimento do seu agregado deve ser menor ou igual a 130% do Limiar de Pobreza Federal.

INSTRUÇÕES: Por favor preencha a aplicação por completo para evitar atrasos no processamento.

- Página 1: Responda a todas as perguntas obrigatórias, incluindo: comprovativo de idade, identidade e residência em RI, rendimento pessoal declarado e número de indivíduos no seu agregado.
- Página 2: Leia as diretrizes do programa, selecione sim ou não, assinie e preencha a data na parte inferior.
- Página 3: Nomear um representante (opcional).

ENTREGUE A SUA APLICAÇÃO PREENCHIDA NA SUA REPARTIÇÃO, OU: CSFP Coordinators, RI Comm. Food Bank, 200 Niantic Ave. Providence, 02907; Fax: 401-942-2113. Para perguntas ou apoio, ligue para: 230-1708.

Último Nome: _____ Primeiro Nome: _____ MI: ____ Género: _____

Morada Física: _____ Telefone #: _____

Cidade: _____ Código Postal Rhode Island: _____ Data de Nascimento: _____

Morada para Correspondência (se diferente): _____ Cidade: _____ Código Postal RI: _____

Para nos ajudar a encontrar o melhor local de recolha para a sua caixa, por favor responda às seguintes perguntas:

- Se vive numa **habitação idosos**, por favor forneça o **Nome e Endereço da Habitação**:
- Se utiliza atualmente um **banco alimentar**, por favor forneça o **Nome do Programa e Local**:

Em geral, como planeia recolher a sua caixa? (selecione todas as opções possíveis):

- Veículo pessoal ou de amigo / família Transportes públicos (autocarro, etc.) A pé

Elegibilidade e Documentação

1. Atestado de Identidade e Idade: comprovativo de **identidade e idade, como comprovado por:** _____
2. Atestado dos Membros do Agregado: **Reporte** o número de **membros do agregado:** _____

Rendimento Mensal do Agregado: \$ _____ Recebo subsídios SNAP: Sim Não

As seguintes perguntas opcionais não afetarão a sua apreciação para o programa.

Por favor, responda a ambas as perguntas 1 e 2.

1. Você é Hispânico ou Latino? Sim Não
2. Por favor a seleção ou seleções mais apropriadas. Pode escolher mais do que uma.
 - Nativo-Americano ou de Alasca Asiático Afro-Americano ou Negro Branco
 - Nativo de Hawaii ou Insular do Pacífico
3. Qual é a sua língua preferida?
 - Inglês Espanhol Russo Português Outra: _____

Apenas Para Uso Interno

Assinatura do Revisor e Data: _____

Direitos e Responsabilidades dos Participantes do Programa de Alimentação Suplementar de Commodities

Declaro que as informações desta aplicação são verdadeiras, incluindo:

Comprovativo de: 1) Morada; 2) Identidade; 3) Idade; e 4) Informação do Agregado

Declaro ter conhecimento que:

1. O Programa Alimentar de Bens Suplementares é um programa de nutrição para idosos financiado pelo governo federal. Ele tem por objeto auxiliar idosos com 60 anos ou mais cujo rendimento é igual ou inferior a 130% do total estabelecido nas Diretrizes Federais de Rendimento de Pobreza.
2. Os participantes devem ser residentes de Rhode Island.
3. Os padrões de participação neste programa são os mesmos para todos, independentemente de raça, cor, origem nacional, idade, sexo e deficiência.
4. Os participantes devem recertificar-se formalmente a cada três anos para a elegibilidade ser verificada. Além disso, devem atualizar suas informações cadastrais todos os anos.
5. Se um participante não recolher sua caixa alimentar por três meses consecutivos, será removido do programa. No entanto, poderá inscrever-se novamente a qualquer momento.
6. Todos os meses, os participantes devem apresentar documento de identidade e fazer uma assinatura para receberem suas caixas.
7. Os participantes também devem informar eventuais alterações no rendimento ou composição familiar em até 10 dias após elas se tornarem conhecidas pela família.
8. Cada caixa será distribuída como um conjunto completo, não podendo ser subdividida antes da entrega.
9. Infrações ao PABS, como dupla participação para utilizar ou receber inadequadamente os benefícios concedidos, podem levar a uma ação contra o indivíduo. Este terá que ressarcir o valor dos benefícios e/ou será desqualificado do programa.
10. A agência local proporcionará treinamento nutricional a todos os participantes, incentivando-os a participar. Ela também informará a respeito de outros programas de nutrição, saúde ou assistência social, fazendo as devidas indicações que forem necessárias.
11. O participante **notificado a respeito de decisão que lhe negue ou encerre o recebimento de benefícios do PABS tem o direito de recorrer contra qualquer decisão que diga respeito a elegibilidade, desqualificação ou remoção do programa, utilizando para tanto o Justo Processo de Audiência garantido pelo Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island.**

Certificação do Aplicação :

Esta aplicação está a ser efetuada em ligação com o recebimento de assistência Federal. Os funcionários do programa poderão verificar as informações presentes neste formulário. Estou ciente de que a deturpação deliberada poderá sujeitar-me a julgamento de acordo com os regulamentos Estatais e Federais aplicáveis. Estou também ciente de que não posso receber benefícios CSFP em mais de um local CSFP ao mesmo tempo. Além disso, estou ciente de que a informação fornecida poderá ser compartilhada com outras organizações de forma a detetar e prevenir a dupla participação. Fui informado sobre os meus direitos e obrigações no âmbito do programa. Certifico que a informação que forneci para a determinação da minha elegibilidade é correta de acordo com o meu conhecimento.

Autorizo a divulgação das informações fornecidas neste formulário de aplicação para outras organizações que administram programas de assistência para utilização na determinação da minha elegibilidade para a participação em outros programas de assistência pública e para fins de divulgação do programa.

Por favor, indique a sua decisão colocando uma marca na caixa apropriada: Sim Não

Assinatura do Requerente: _____ **Data:** _____

Representantes Aprovados para Recolha CSFP

Os participantes podem aprovar um ou mais representantes para recolher e assinar as caixas CSFP. Os representantes devem apresentar identificação adequada de forma a recolher a caixa.

Por este meio, concedo permissão à(s) seguinte(s) pessoa(s) listada(s) abaixo para recolher caixas CSFP em meu nome. Compreendo que, ao dar permissão à(s) pessoa(s) identificada(s), aceito a responsabilidade das suas ações. Esta autorização torna-se efetiva quando recebida pelos representantes do Estado CSFP (Banco Alimentar Comunitário de Rhode Island ou Agência de Distribuição Local autorizada). Concordo em notificar o Banco Alimentar ou a Agência de Distribuição Local imediatamente no caso de decidir fazer qualquer alteração aos meus representantes nomeados.

Assinatura do Requerente: _____

Data: _____

Nome do Representante: _____

Número de Telefone: _____

Nome do Representante: _____

Número de Telefone: _____

Nome do Representante: _____

Número de Telefone: _____

Tabela de Elegibilidade de Rendimentos

(Nota: os Representantes não são obrigados a cumprir as diretrizes de elegibilidade de rendimento)

Rendimento Bruto para Todos os Membros do Agregado Familiar		
6 de Fevereiro de 2024		
130% do Limiar de Pobreza Federal		
Tamanho do Agregado Familiar	Rendimento Mensal	Rendimento Anual
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

De acordo com a lei federal de direitos civis e as políticas e normas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade, ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. As pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para obter informações do programa (por exemplo, Braille, letras ampliadas, fita de áudio, língua de sinais americana), devem entrar em contato com o Estado responsável ou agência local que administra o programa ou o TARGET Center do USDA pelo telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entrar em contato com o USDA por meio do Serviço de Retransmissão Federal pelo telefone (800) 877- 8339.

Para registrar uma queixa de discriminação do programa, o reclamante deve preencher um Formulário AD-3027, Formulário de Queixa de Discriminação do Programa do USDA que pode ser obtido online em: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-portuguese.pdf>, em qualquer escritório do USDA, telefonando para (866)-632-9992, ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço e número de telefone do reclamante e uma descrição por escrito da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou carta deve ser enviado ao USDA por:

(1) Correio:

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

(2) fax:

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

(3) e-mail:

program.intake@usda.gov

Esta instituição é uma provedora de serviços de igualdade de oportunidades.

ENVIE AS APLICAÇÃO PREENCHIDAS PARA:

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

PARA SOLICITAR UMA AUDIÊNCIA JUSTA, CONTACTE:

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

Você pode ser elegível para outros programas de assistência pública, incluindo, entre outros:

- 1. O programa Renda de Segurança Suplementar (SSI).** Este programa paga benefícios para adultos e crianças deficientes que têm renda e recursos limitados. Os benefícios do SSI também são pagáveis a pessoas com 65 anos ou mais sem deficiência que atinjam os limites financeiros. Telefone: sem taxa em **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Na internet: www.ssa.gov/agency/contact/
- 2. Assistência médica.** Medicare é o programa de seguro de saúde do nosso país para pessoas com 65 anos ou mais. Telefone: sem taxa em **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Na internet: <https://www.medicare.gov/>
- 3. Programa Suplementar de Assistência Nutricional (SNAP).** SNAP é um programa federal que presta assistência para indivíduos e famílias de baixa renda para comprar alimentos nutritivos. Os indivíduos e as famílias se qualificam para benefícios SNAP com base em seus rendimentos (menos de 185% do Nível Federal de Pobreza). Telefone: sem taxa no **1-855-697-4347**. Na internet: www.dhs.ri.gov/Programs/SNAPApplyNow.php