



Staff use only:
 Received, date: _____
 Approved Denied
 Wait List, date: _____

السلع الغذائية التكميلية استمارة الطلب البرنامج

أفراد المجتمع الذين هم في سن الستين أو أكثر، ويعيشون في مقاطعة كمبرلاند وتلبية. يوفر هذا البرنامج الغذاء التكميلي لك مرة واحدة في الشهر. متطلبات الدخل (يرجى الرجوع إلى الشطر أدناه) مؤهلة.

اسم _____ / 19 / _____ تاريخ الولادة

عنوان المنزل _____ مسقط رأس _____ الرمز البريدي

رقم الهاتف _____ أين سجلت؟ _____

هل هناك صديق، جار، أو مدير الوضع الذي سوف يساعد في هذا أو التقاط الطعام بالنسبة لك؟

رقم هاتفهم _____ أسماءهم _____

يرجى التحقق من كل ما ينطبق

أسباني، إنسان _____
 شخص أبيض _____
 الهنود الحمر _____
 أصل آسيوي _____
 أسود، أو، أمريكيان أفريكان _____
 شيء آخر _____
 أصلا من هاواي أو جزر المحيط الهادئ _____
 إذا شيء آخر، ما هو هذا الشيء؟ _____

تحقق من نطاق الدخل الذي ينطبق. من فضلك قل لنا دخلك على أساس حجم عائلتك.

حجم الأسرة	دخل الأسرة الشهري	حجم الأسرة	دخل الأسرة الشهري
1	\$0 - \$1,395	4	\$0 - \$2,871
2	\$0 - \$1,887	5	\$0 - \$3,363
3	\$0 - \$2,379	6	\$0 - \$3,855
أكثر من ستة	\$492.00 لكل فرد إضافي من الأسرة إضافة) - \$0		

ومن خلال قراءة وتوقيع وتاريخ هذا النموذج، أقر بأنني قد أبلغت بحقوق والتزاماتي بموجب البرنامج. وأؤكد أن المعلومات المقدمة دقيقة وكاملة، وحسب علمي، فإن التحريف المتعمد قد يعرضني للمقاضاة بموجب قوانين الولاية والقوانين الاتحادية. أدرك أنه يجب عليك إبلاغ البرنامج بجميع التغييرات في الدخل أو العنوان أو تكوين الأسرة خلال عشرة أيام.

أنا أفهم أن هذا البرنامج سوف يوفر الغذاء مرة واحدة في الشهر، وأنا سوف يتم إزالتها من البرنامج إذا لم أكن قد التقطت طعامي لمدة ثلاثة أشهر متتالية دون الاتصال بالموظفين، إذا كنت بيع الطعام أو إذا كنت قد حجبت معلومات عن أهليتي. وأنا أفهم أن مسؤولي البرنامج قد يحتاجون إلى التحقق من معلوماتي وأني ملتزم بالتعاون.

أقر بأنني لن أتلقي فوائد في أكثر من موقع واحد. وعلاوة على ذلك، أدرك أن المعلومات المقدمة قد تصدر إلى منظمات أخرى تدير البرامج التي تستخدم لتحديد الأهلية وكشف ومنع المشاركة المزدوجة.

توقيع مقدم الطلب _____ تاريخ _____

ووفقا للقانون الاتحادي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو السن أو الإعاقة. لتقديم شكوى من التمييز، اكتب أوسدا، مدير مكتب الحقوق المدنية، 1400 إنديبندينس أفينو، سو، واشنطن، دس 20250-9410 أو اتصل بالرقم (866) 9992-632 (تد) أو (866) 8642-377 (صوت التابع المستخدمين). وزارة الزراعة الأمريكية هي مزود فرص متساوية وصاحب العمل.

ولا تميز وزارة الزراعة والحفظ والحراة على أساس الإعاقة أو العرق أو اللون أو العقيدة أو نوع الجنس أو الميل الجنسي أو السن أو الأصل القومي في قبول برامجها أو خدماتها أو إمكانية الوصول إليها أو ممارستها أو ممارستها أو ممارستها أو ممارستها. ويقدم هذا الإشعار على النحو المطلوب في الجزء الثاني من قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1975 وقانون حقوق الإنسان في ولاية مين.

يرجى إرسال هذا النموذج إلى العنوان التالي

Wayside Food Programs, c/o CSFP, P.O. Box 1278, Portland, ME 04104

