

Ім'я: _____

липень 2021 – червень 2022 Інформація

Адреса (address) _____

Доказ адреси

_Доказ адреси (School District) _____ (phone) Номер телефону _____

Заява про послугу: як клієнт цих послуг вам не потрібно отримувати SNAP, WIC, HEAP, безробіття, інвалідність, SSI або TANF або будь-яку іншу програму для отримання допомоги. Ви не відхиляєтесь під час вашого першого візиту через відсутність ідентифікації, відсутності направлення або неможливості довести адресу. Вам не буде запропоновано надати номер свого соціального страхування, щоб отримати їжу.

Щоб допомогти всім тим, хто цього потребує, цей Партнер Food Bank може обмежити надані послуги певною територією та кількістю разів на місяць, яку ви можете повернути.

Питання можуть бути спрямовані на продовольчий банк Центрального Нью-Йорка, Відділ Агентських зв'язків за телефоном 315-437-1899

Ви (або хтось у вашому домі) знаєте, отримуєте чи подавали заявку на одне з наведених нижче дій.

SNAP WIC TANF Unemployment Disability SSI Free / Reduced School Lunches

Ви маєте доступ до консервний ніж (Can opener) арити піч (Stove) холодильник (Refrigerator)
мікрохвильова піч (Microwave)

_Будь ласка, вкажіть будь-які алергії або дієтичні обмеження _____

Будь ласка, перерахуйте кожну особу в домогосподарстві *

Ім'я (Name)	Прізвище (Family Name)	Вік (Age)

*Use additional sheets if necessary

Загальна кількість людей у домогосподарстві Діти(0-17) _____ Дорослі (18-64) _____ Пенсіонери (65+)



Ім'я: _____

липень 2021 – червень 2022 Інформація

Відповідно до Федерального законодавства про громадянські права та Міністерством сільського господарства США (USDA) правила та політика щодо цивільних прав, Міністерство сільського господарства США, його установи, офіси та працівники, а також установи, що беруть участь або керують програмами Міністерства сільського господарства, забороняються розрізняти за ознакою раси, кольору шкіри, національне походження, релігія, стать, гендерна ідентичність (включаючи гендерні вирази), сексуальна орієнтація, інвалідність, вік, сімейний стан, сімейний / батьківський статус, доходи, отримані за програмою державної допомоги, політичні переконання або репресії або відплати за попередні дії з цивільних прав, в будь-якій програмі або діяльності, що проводиться або фінансується Міністерством сільського господарства США (не всі бази застосовуються до всіх програм). Терміни подання заявок та подання скарг залежать від програми чи інциденту. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів комунікації для інформації про програму (наприклад, Брайля, великий друк, аудіозапис, Американська мовна мовна точка тощо), слід звернутися до відповідальної агенції або Центру TARGET USDA (202) 720-2600 (голос та ТТТ) або зверніться до USDA через Federal Relay Service за номером (800) 877-8339. Крім того, інформація про програму може бути доступною на інших мовах, крім англійської. Щоб подати скаргу на дискримінацію за програмою, заповніть форму скарги щодо дискримінації за програмою USDA, AD-3027, яка знаходиться онлайн на сторінці Як подати скаргу на дискримінацію за програмою та в будь-якому офісі Міністерства фінансів США або

У цій таблиці наведено щорічний валовий дохід для кожного розміру сім'ї. Якщо ваша сім'я перебуває на рівні чи нижче доходу, зазначеного за кількістю людей у вашому домі, ви можете отримувати їжу.

Дохід		
Номер в будинку	Річний дохід	Місячний дохід
1	\$25,760	\$2,146
2	\$34,840.	\$2,903
3	\$43,920.	\$3,660
4	\$53,000.	\$4,416
5	\$62,080.	\$5,173
6	\$71,160.	\$5,930
Кожна додаткова людина, додати	\$9,080.	\$756

Підписавшись нижче, я заявляю, що мій дохід з усіх джерел не перевищує 185% рівня федерального рівня бідності, як зазначено нижче, для розміру моєї сім'ї. Я розумію, що ці записи будуть конфіденційно зберігатися на цьому сайті розповсюдження, але вони можуть бути випущені в штаб-квартиру штату Нью-Йорк або Департамент сільського господарства Сполучених Штатів для перегляду на їх запит.

Підпис	Кількість дітей (0-17)	Кількість дорослих (18-64)	Кількість людей похилого віку (65 +)	Усього фізичних осіб	Дата

Coordinator: Please use a second intake form if necessary.