**Чрезвычайная помощь пищевых продуктов (TEFAP)**

**Анкета права потребная (USDA)**

(Имя склада продуктов или места распределения)

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я имею право получить продукты TEFAP потому, что я резидент Минесоты, и потому, что я получаю следующие службы или участвую в следующих программах, **ИЛИ**  мой доход 200% или меньше, чем федеральные директивы бедности.

\* Право дарно всем людям в аварийной ситуации или дистресса из-за бедствия.

**Дополнительные: Пожалуйста напишите галочку рядом с программами в которых вы участвуете:**

\_\_\_\_\_\_ MFIP – Minnesota Family Investment Program \_\_\_\_\_\_ GA – General Assistance

\_\_\_\_\_\_ SNAP – Supplemental Nutritional Assistance Program \_\_\_\_\_\_ Head Start

\_\_\_\_\_\_ NAPS - Nutritional Assistance Program for Seniors \_\_\_\_\_\_ Section 8

\_\_\_\_\_\_ WIC – Women, Infants, and Children \_\_\_\_\_\_ Государственное жилье/Public Housing

\_\_\_\_\_\_ Помощь с уходом за детьми/Child Care Assistance \_\_\_\_\_\_ Weatherization

\_\_\_\_\_\_ Помощь с счётами за электричество или гас/Energy Assistance

\_\_\_\_\_\_ Льготные или безплатные школьные питания/Free or reduced breakfast and lunch

**Income Eligibility: (200% of Federal Poverty Guidelines)**

Число лиц в семьи Ежегодный доход

количество людей в домохозяйстве:

\_\_\_\_\_ дети в возрасте 0-17

\_\_\_\_\_ взрослые в возрасте 18-64

\_\_\_\_\_ Пожилые люди ввозрасте 65+

Один $0 - $24,980

Два $24,981 - $33,820

Три $33,821 - $42,660

Четыре $42,661 - $51,500

Пять $51,501 - $60,340

Шесть $60,341 - $69,180

Семь $69,181 - $78,020

Восемь $78,021 - $86,860

Прибавляете $8,840 позволительного дохода за каждого

дополнительного члена семьи.

|  |
| --- |
| **Уведомление о конфиденциальности данных/Предупреждение Tennessen** **(Название продуктовой полки)**Вы имеете права в по закону "О порядке обращения с персональными данными" правительства штата Миннесота. Данный закон защищает вашу конфиденциальность. Мы просим вас предоставить информацию, чтобы мы могли: различать вас с другими участниками с похожим именем, и принять решение, как лучше Вас обслуживать.Обычно Вы не обязаны предоставлять нам информацию. Однако без нее мы не может предоставлять точную статистику, которая влияет на финансирование. Закон позволяет нам разглашать вашу информацию (количество детей, взрослых и пожилых членов Вашей семьи, а также количество фунтов продуктов питания, которые вы получаете) сотрудникам Департамента социального обеспечения, Hunger Solutions шт. Миннесота, Second Harvest Heartland и прочим органам, которые могут быть уполномочены изучать Вашу информацию для выполнения своей работы.Вы также имеете право делать копии информации, которая имеется у нас о Вас. Если Вы не понимаете информацию, она может быть Вам объяснена. Если Вы считаете, что информация не является точной и полной, пожалуйста, исправьте ее вместе с сотрудниками продуктовой полки. Я понимаю, что срок действия данного уведомления о конфиденциальности личных данных истечет через 1 (один) год, после того, как Вы подпишите его.  |

|  |
| --- |
| **Разрешение другим лицам забирать мои продукты питания:**Если Вам трудно забирать продукты питания с продуктовой полки, у Вас есть возможность выбрать человека, которые будет забирать продукты питания за Вас. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (имя участника) разрешаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (имя) забирать мои продукты питания. Я понимаю, что имею право:* Изменить человека, которому разрешаю забирать мои продукты питания. Для внесения изменений мне потребуется заполнить новую форму.
* Оповестить персонал продуктовой полки, если я захочу отозвать свое разрешение
 |

**Заявление USDA o недискриминации**

В соответствии с федеральным законом и положениями и правилами Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещены дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возраста, а также репрессалии или возмездие за прошлую деятельность в области гражданских прав в любой программе или мероприятии, осуществляемых или финансируемых USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассеты, американский язык жестов и т.д.), следует связаться с агентством (штатным или местным), в которое они обращались за льготами. Глухие, слабослышащие или лица с нарушениями речи могут связаться с USDA с помощью Федеральной службы коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программе, заполните [Форму жалобы о дискриминации в программе USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf) (AD-3027), которая доступна в интернете по адресу [Hot to File a Complaint](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) и в любом офисе USDA, или напишите письмо, адресованное USDA, указав в письме всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA:

1. по почте: U.S. Department of Agriculture (2) по факсу: (202) 690-7442; или

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov.

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

Данное учреждение обеспечивает равенство возможностей.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: Дата