

استمارة طلب المشارك

برنامج السلع الغذائية التكميلية

الاسم:

عدد أفراد الأسرة:

/ /

تاریخ المیلاد:

الشروط المتعلقة باستحقاق الدخل في برنامج السلع الغذائية التكميلية

26 ربائی 2023

استناداً إلى 130٪ من الشروط الفيدرالية المتعلقة بالفقر				
أسبوعياً	شهرياً	سنويًا	عدد أفراد الأسرة	
365 دولار	1,580 دولار	18,954 دولار	1	
493 دولار	2,137 دولار	25,636 دولار	2	
622 دولار	2,694 دولار	32,318 دولار	3	
750 دولار	3,250 دولار	39,000 دولار	4	
879 دولار	3,807 دولار	45,682 دولار	5	
1,007 دولار	4,364 دولار	52,364 دولار	6	
129 + دولار	557 + دولار	6,682 + دولار	ككل فرد إضافي، يرجى إضافة:	

يرجي كتابة المجموع الكلي للدخل لجميع أفراد الأسرة قبل أي استقطاعات أو نفقات. ولا يتم احتساب استحقاقات برنامج SNAP كدخل.

دولار سنويًا أو دolar شهرياً أو دolar أسبوعياً

العنوان: _____ رقم الوحدة/ الشقة: _____

المدينة: _____ الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف (اختياري): _____

من أصل إسباني أو لاتيني ليس من أصل إسباني أو لاتيني العرق (يرجى وضع علامة داخل مربع واحد فقط):

الأصل (يرجى وضع علامة داخل مربع واحد أو أكثر):

ذو بشرة سمراء أو أمريكي من أصل أفريقي من سكان هواي الأصليين أو غير ذلك من سكان جزر المحيط الهادئ

من الهند الأم يكين أو من سكان الإسكا الأصلين آسيوي

ذو شهرة بخضاء

تفويض الوكيل (اختياري)

تحوز للمشاركين، اختبار وكلاء بمحكمه التوفيق والحصول على الطعام نهاية عنهم

اسم الوكيل

قہ هاتف الہ کا

التوكيل: تفويض، تفويض توكيل



يتبع على، الجانب الآخر

يطلب استكمال هذا الطلب فيما يتعلق بالحصول على المساعدات الفيدرالية. ويحق لمسؤولي البرنامج التحقق من البيانات الواردة في هذا النموذج. وأدرك أن التحريف المتمعد في أي بيانات قد يعرضني للملاحة القضائية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعهود بها. كما أدرك أيضًا أنني قد لا أحصل على استحقاقات برنامج السلع الغذائية التكميلية في أكثر من موقع واحد لبرنامج السلع الغذائية التكميلية في نفس الوقت. علاوة على ذلك، أدرك أنه قد يتم مشاركة البيانات المقدمة مع منظمات أخرى وذلك لكشف ومنع المشاركة المزدوجة. كما قد تم إحاطتي بحقوقي والتزامتي بموجب هذا البرنامج. لذا أقر بأن البيانات الواردة هنا تحدّد استحقاقي صحيحة حسب علمي ومعرفي.

لقد استلمت إخطاراً بحقوق ومسؤوليات المشترك (نموذج 1516). نعم

تم تزويد إشعار خطى يتضمن حقوق المستفيد نعم

أصرح بالكشف عن البيانات المقدمة في نموذج الطلب هذا إلى المنظمات الأخرى التي تدير برامج المساعدة لاستخدامها في تحديد استحقاق المشاركة في برامج المساعدة العامة الأخرى ولأغراض التوعية بالبرنامج.

(يرجى الإشارة إلى القرار بوضع علامة داخل المربع المناسب). نعم لا

توقيع مقدم الطلب أو الوكيل: _____ / _____ / _____

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الإتحادي وتوجيهات وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (يو أس دي أي) (USDA)، يحضر على الـ USDA ووكالاتها ومكاتبها، وموظفيها ومؤسساتها المشاركة في، أو المديرة له، برامج الـ USDA ان تميز بناء على العرق، لون البشرة، القومية، الجنس، المذهب العقائدي، الإعاقة، العمر، المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الإنقسام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق في أي برنامج او نشاط يداران أو يمولان من قبل الـ USDA. يتوجب على الأشخاص المعاقين المحتاجين إلى وسائل إتصال بديلة لمعلومات البرنامج (مثلا، لغة بريل، أحرف كبيرة الحجم، التسجيل الصوتي، لغة الاشارات الأمريكية، الخ) ان يتصلوا بالوكالة في (الولاية او المحلية) حيث يقدموا للحصول على المنافع. يمكن للأشخاص الطرش او المعانين من صعوبة في السمع او المعانين من اعاقات في الكلام الاتصال بالـ USDA عبر الاتصال بخدمة المرحل الإتحادية على هاتف 800-8339-877. إضافة الى ذلك، يمكن توفير معلومات البرامج بلغات أخرى.

لغرض رفع شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل ملء [طلب شكوى التمييز من برنامج الـ USDA](#) (AD-3027)، المرقم (AD-3027) والذي يمكن تنزيله من الانترنت على الرابط: [How to File a Complaint](#) وفي اي مكتب للـ USDA او بكتابة رسالة معونة الى الـ USDA وزود في الرسالة جميع المعلومات المطلوبة في الطلب. طلب نسخة من طلب الشكوى، اتصلوا على هاتف 866-632-9992 (866-632-9992).

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov
(2) بالفاكس: على هاتف 7442-690 (202)، او (1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية
مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue,
SW Washington, D.C. 20250-9410

هذه المؤسسة توفر التكافؤ في الفرص

INTAKE STAFF OR VOLUNTEER ONLY

Site name: _____

Eligible – Applicant is eligible when they meet income, residency, and age requirements.

Dates of certification: _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____

Eligible and on wait list

Ineligible – I have been advised in writing that I am ineligible to participate in the CSFP and have the right to a fair hearing.
I am ineligible to participate based on the following criteria: Income Residency Age

Certifier Signature: _____



نموذج الاستهلاك التكميلي الخاص بنك تكساس المركزي للطعام (Central Texas Food Bank)

الأسئلة التالية اختيارية ولن تؤثر على إمكانية حصولك على المساعدات الغذائية.

إذا كنت تفضل عدم الإجابة عن أسئلة هذا القسم، فيمكنك تخطي هذه الأسئلة ثم سلم النموذج الخاص بك.

1. البريد الإلكتروني:

2. ما المساعدة الإضافية التي تحصل عليها؟ (يرجى وضع علامة أمام كل ما ينطبق من الخيارات)

برنامج صحة المرأة في تكساس (SNAP) برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (TANF)

مزايا قдامي المحاربين الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (NSLP)

البرنامج الوطني لوجبة الغداء المدرسية (وجبات مجانية أو مخفضة السعر) (WIC) البرنامج النساء والرضع والأطفال (SSI)

Medicare

غير ذلك:

دخل الضمان الإضافي (Medicaid)

التأمين الاجتماعي

3. الجنس: أنثى ذكر أفضّل عدم الإجابة

4. كم عدد الأطفال (حتى 17 عاماً) المقيمين في منزلك؟ _____

5. كم عدد الأشخاص البالغين 60 عاماً أو أكثر المقيمين في منزلك؟ _____

6. كم عدد المحاربين القدامي المقيمين في منزلك؟ _____

7. كم عدد العسكريين المستمررين في الخدمة الفعلية المقيمين في منزلك؟ _____

8. كم عدد الطلاب الجامعيين المقيمين في منزلك؟ _____

٩. ما لغتك المفضلة؟

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> السواحلية | <input type="checkbox"/> الصينية | <input type="checkbox"/> الإنجليزية |
| <input type="checkbox"/> التغريبية | <input type="checkbox"/> التشيكية | <input type="checkbox"/> الإسبانية |
| <input type="checkbox"/> الفيتامية | <input type="checkbox"/> الفرنسية | <input type="checkbox"/> لغة الإشارة
الأمريكية (ASL) |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك | <input type="checkbox"/> الكريولية الهايتية | <input type="checkbox"/> العربية |
| <hr/> | | |
| | <input type="checkbox"/> الهندية | <input type="checkbox"/> البوسنية |
| | <input type="checkbox"/> الكورية | <input type="checkbox"/> البورمية |
| | <input type="checkbox"/> البشتونية | |

الإفصاح عن المعلومات الخاصة بعميل بنك تكساس المركزي للطعام (Central Texas Food Bank)

أقر بأنه سيتم تخزين البيانات الخاصة بي في قاعدة بيانات آمنة، Oasis Insights، وسوف يستخدمها بنك تكساس المركزي للطعام وكذلك مخزن الطعام الذي يقدم المساعدة لتحسين الخدمات المقدمة لي ولأفراد مجتمعي. ولن تكشف عن هويتي أي تقارير تستخدمن البيانات الخاصة بي.

بالموافقة على الكشف عن البيانات الخاصة بي، فإنني أوافق على مشاركة البيانات الخاصة بي مع بنك تكساس المركزي للطعام (CTFB) وشركائهم لتسهيل الوصول إلى الطعام الموجود في المخازن الأخرى في شبكة بنك تكساس المركزي للطعام. ومن خلال عدم الموافقة، فإنني أوافق فقط على مشاركة البيانات الخاصة بي مع هذه الوكالة وبنك تكساس المركزي للطعام.

نعم

لا

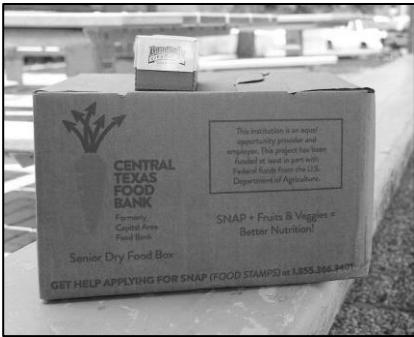


برنامج السلع الغذائية التكميلية

حقوق وواجبات المشاركين

- .1 أقر بأن البيانات الواردة هنا لتحديد استحقاقي صحيحة حسب علمي ومعرفتي.
- .2 يتم توفير استحقاقات برنامج السلع الغذائية التكميلية فيما يتعلق بالحصول على المساعدات الفيدرالية. أدرك أن التحريف المعتمد في أي بيانات قد يعرضني لللاحقة القضائية أو الجنائية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.
- .3 يحق لي الاستئناف ضد أي قرار تتخذه إدارة المؤمن الغذائي أو بنك الطعام بخصوص استحقاقى للاستفادة من برنامج السلع الغذائية التكميلية. بإمكانى تقديم طلب عقد جلسة استماع عادلة إلى إدارة المؤمن الغذائي أو إلى بنك الطعام وذلك بإعلامهم أننى أريد التقدم باستئناف.
- .4 ستكون خدمات الإحالة الصحية والتنفيذ في مجال التغذية متاحة لي. كما سيتم دعوتي للمشاركة في هذه الخدمات.
- .5 أدرك أنه يمكنني طلب الإحالة إلى مكان لا علاقة له بالدين.
- .6 أدرك أنه لا يسمح لي المشاركة في أكثر من مكان واحد لبرنامج السلع الغذائية التكميلية في نفس الوقت وأن مثل هذه المشاركة المزدوجة ستؤدي إلى حرمانى من الاستفادة من برنامج السلع الغذائية التكميلية.
- .7 أدرك أنه يتوجب على الإبلاغ عن التغيرات التي تطرأ على دخل الأسرة، أو على عدد أفراد الأسرة، وذلك في غضون عشرة أيام.
- .8 إذا تمت الموافقة على المشاركة في برنامج السلع الغذائية التكميلية، فقد يؤدي عدم تسليم الطعام لمرات متتالية وفقاً للإرشادات إلى الخروج من برنامج السلع الغذائية التكميلية مع إرسال إنذار كتابي مدته 15 يوماً.
- .9 أدرك أننى إذا اخترت إرسال وكيل (شخص بديل) لتسليم وجبة الطعام، فيجب أن يكون الوكيل (1) مدرجاً على أنه الوكيل في طلب المشاركة أو في الملف الخاص بي، (2) تقديم بطاقة الموعد الخاص بي، إذا طلب ذلك، (3) تقديم بطاقة تحديد الهوية، (4) التوقيع على عبوة وجبة الطعام.
- .10 أدرك أن وجبات الطعام المقدمة من برنامج السلع الغذائية التكميلية مخصصة فقط للمشاركين الذين يتم توفيرها لهم.
- .11 أوافق على الكشف عن البيانات إلى الجهات التالية: (1) موظفو برنامج السلع الغذائية التكميلية أو (2) وكالات أخرى تابعة لبرنامج السلع الغذائية التكميلية، إذا كنت أرغب في النقل أو (3) برامج أخرى متعلقة بالصحة أو الرعاية الاجتماعية، لمنع المشاركة المزدوجة أو (4) وزارة الزراعة الأمريكية أو (5) وزارة الزراعة في تكساس أو (6) إدارة المؤمن الغذائي أو (7) بنك الطعام.
- .12 لقد تم إبلاغي بحقوقى وواجباتى بموجب برنامج السلع الغذائية التكميلية.
- .13 أدرك أنه غير مسموح لي ببيع أو استبدال وجبات طعام وزارة الزراعة الأمريكية بمواد غير غذائية.
- .14 أدرك أن الاعتداء الجسدي، أو التهديد بالاعتداء على موظفي برنامج السلع الغذائية التكميلية ينتهك شروط البرنامج. وقد يتم إنهاء مشاركتي في برنامج السلع الغذائية التكميلية بسبب هذه المخالفة وغيرها من المخالفات الخاصة بالبرنامج.

هذه المؤسسة تعمل بموجب مبدأ تكافؤ الفرص.



Welcome to CSFP!

What is CSFP? The Commodity Supplemental Food Program (CSFP) provides older adults ages 60+ with cheese and a box of shelf-stable groceries every month. The Central Texas Food Bank runs this program.

The Texas Department of Agriculture recommends that you use all the food in your CSFP package yourself.

When and where can I get my monthly box?

Location:

Date:

Time:

Remember your ID!

Can someone else pick up my box for me? Can I pick up a box for someone else?

Yes! A CSFP participant can authorize a proxy to pick up a box and act on their behalf. Ask CSFP distribution staff or a volunteer how to get started.

If I miss the distribution, can I get my box later?

Contact the Food Bank—you may be able to get a box at a different location later in the month.

Once the month is over, you will not be able to get a make-up box.

If the Food Bank has reached its maximum number of CSFP participants and you miss two distributions in a row, you may be removed from CSFP and need to reapply.

Questions? Contact the Central Texas Food Bank at 512-282-2111 or distributionprograms@centraltexasfoodbank.org.

This institution is an equal opportunity provider.

