

**Сертификация и выдача пакета продуктов**  
**CERTIFICATION AND FOOD PACKAGE PICK-UP**

**ПЕРВЫЙ ГОД**

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

Заявитель будет проинформирован о наличии или отсутствии права на получение льгот программы CSFP или о помещении в лист ожидания в течение 10 дней с даты подачи заявления.							
Фамилия участника	Имя	Средний инициал	Дата рождения	Административный округ	Дата начала сертификации  / /		
Улица и номер дома	Город	Почтовый индекс	Номер телефона		Дата окончания сертификации (+ 2 года)  / /		
<b>Вопросы для сертификации</b>  Если все три ответа «yes» (да), то заявитель имеет право на участие в программе.  <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Идентификатор (ID) означает <b>возраст 60 или больше</b> , только первый раз.  <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Показывает подтверждение того, что <b>адрес находится в зоне обслуживания</b> .  <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Самостоятельно декларирует <b>доход на уровне или ниже</b> указанного.			Представитель № 1: (имя и фамилия печатными буквами)				
			Представитель № 2: (имя и фамилия печатными буквами)				
<b>Раса</b> (отметьте все, что применимо): <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка)/коренной житель (жительница) Аляски <input type="checkbox"/> Азиат (азиатка) <input type="checkbox"/> Черный (черная) или афро-американец (афро-американка) <input type="checkbox"/> Коренной житель (жительница) Гавайских островов/уроженец (уроженка) других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый (белая)  <b>Этническое происхождение</b> (необходимо отметить один пункт): <input type="checkbox"/> Испаноязычное или латиноамериканское <input type="checkbox"/> Не испаноязычное или латиноамериканское			<b>ПОДПИСЬ</b>		<b>Дата</b>	<b>CSFP Инициал</b>	Информация и обучение по вопросам питания предоставлены
			Для каждой выдачи продуктов требуется участник программы продуктовой помощи или идентификатор (ID) представителя				
				1.			
				2.			
				3.			
				4.			
				5.			
				6.			
				7.			
				8.			
				9.			
				10.			
				11.			
	12.						

**УЧАСТНИК/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:**  
 Подписываясь ниже, Я подтверждаю, что получил ежемесячный пакет продуктов USDA, предназначенный только для вышеуказанного участника, и понимаю, что правила принятия и участия в программе одинаковы для всех, независимо расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (гендерная идентичность и сексуальная ориентация), возраста или наличия инвалидности; также запрещается применять возмездие или ответные меры за предпринятые ранее действия по реализации гражданских прав.

**Сертификация и выдача пакета продуктов**  
**CERTIFICATION AND FOOD PACKAGE PICK-UP**

**ВТОРОЙ ГОД**

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

Скопируйте следующую информацию со стороны ПЕРВЫЙ ГОД этой формы:

Фамилия участника	Имя	Средний инициал	Дата рождения	Административный округ	Дата окончания сертификации  / /
<p><b>Вопросы для продления сертификации:</b> если оба ответа «yes» (да) – сертификация может быть продлена на еще один год. Если один или несколько ответов «no» (нет) – следуйте политике для прекращения сертификации.</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Устно подтверждает, что текущий <b>адрес находится в зоне обслуживания.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Заявляет, что <b>доход не изменился/находится на уровне указания или ниже.</b></p>		<p>Представитель № 1: (имя и фамилия печатными буквами)</p> <p>Представитель № 2: (имя и фамилия печатными буквами)</p>			
<p><b>УЧАСТНИК/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:</b>  <b>Подписываясь ниже,</b> Я подтверждаю, что получил ежемесячный пакет продуктов USDA, предназначенный только для вышеуказанного участника, и понимаю, что правила принятия и участия в программе одинаковы для всех, независимо расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (гендерная идентичность и сексуальная ориентация), возраста или наличия инвалидности; также запрещается применять возмездие или ответные меры за предпринятые ранее действия по реализации гражданских прав.</p>		<p align="center"><b>ПОДПИСЬ</b></p> <p>Для каждой выдачи продуктов требуется участник программы продуктовой помощи или идентификатор (ID) представителя</p>	<p align="center"><b>Дата</b></p>	<p align="center"><b>CSFP Инициал</b></p>	<p align="center">Информация и обучение по вопросам питания предоставлены</p>
		1.			
		2.			
		3.			
		4.			
		5.			
		6.			
		7.			
		8.			
		9.			
		10.			
		11.			
		12.			

Когда эта сторона формы заполнена, наступает время повторной сертификации с использованием новой формы.