

**Сертификация и получение продовольственных пакетов**

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

CERTIFICATION AND FOOD PACKAGE PICK-UP

Программа дополнительного снабжения продуктами питания

Фамилия участника	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения	Округ	Сертификационный период Сертификация начинается / / Сертификация заканчивается (+1 год) / / После указанной даты льготы предоставляются только при заполнении новой сертификационной формы. (См. на обратной стороне)
Номер дома, улица	Кв.	Город	Почтовый индекс	Телефон	
Доверенное лицо № 1: (Полное имя печатными буквами)		Доверенное лицо № 2: (Полное имя печатными буквами)			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Предоставляет удостоверение личности, подтверждающее возраст 60 лет и старше - только при первой сертификации.		Если на все три вопроса будет получен ответ "Да", лицо имеет право на участие в CSFP. Если на один или несколько вопросов будет получен ответ "Нет", выдать "Решение по заявлению участника".		
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Демонстрирует доказательство адреса проживания в зоне обслуживания.				
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Самостоятельно декларирует текущий доход на уровне или ниже уровня, установленного в руководстве к программе.				
Раса (отметьте все подходящие варианты) <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайев/Житель других островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Белый Этническое происхождение (отметьте все подходящие варианты) <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец <input type="checkbox"/> Латиноамериканец	ПОДПИСЬ – Получатель продуктов Каждый раз при получении участник или его доверенное лицо должны предъявлять удостоверение личности		Дата подписи	Инициалы работника	Прохождение обучения рациональному питанию или получение информации
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
Продление сертификации - на 7-м месяце <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Вы хотите остаться в CSFP? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Адрес прежний?					<input type="checkbox"/> Сертификация продлена



<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет В доходе нет изменений? Если на все вопросы ответ "Да", продлить льготы еще на шесть месяцев. Если один или несколько раз получен ответ "Нет", следовать инструкциям.	10.			
	11.			
	12.			

УЧАСТНИК/ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО: **Каждой подписью я удостоверяю,** что полученные от USDA продукты питания будут использоваться только указанным выше участником; я освобождаю USDA/FNS, штат Wisconsin и все другие агентства и лиц, выдающих федеральные товары, от какой-либо ответственности, вытекающей из получения таких товаров; участник проживает в зоне обслуживания и имеет доход на уровне или ниже уровня, указанного в руководстве к программе; и я понимаю, что правила приема и участия в программе распространяются на всех, независимо от расы, цвета кожи, вероисповедания, национального происхождения, возраста, пола или ограниченных возможностей.