

Тільки для службового використання

Заява _____

ШТАТ ПЕНСИЛЬВАНІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА
ПРОГРАМА ДОПОМОГИ ЛІТНІМ ЛЮДЯМ У ПРИДБАННІ ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ НА ФЕРМЕРСЬКИХ РИНКАХ
(SENIOR FARMERS' MARKET NUTRITION PROGRAM, SFMNP)

ФОРМА ЗАЯВИ НА 2025 РІК

Щоб узяти участь у програмі, вам повинно бути 60 або більше років (або вам має виповнитися 60 років до 31 грудня 2025 р.) і ви повинні відповідати вимогам щодо рівня доходу домогосподарства.

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ

Я підтверджую, що інформація, надана мною для визначення мого права на участь у програмі, є правильною, наскільки мені відомо. Ця форма подається у зв'язку з отриманням федеральної допомоги. Співробітники програми можуть перевіряти інформацію, надану в цій формі. Я розумію, що навмисне надання неправдивої чи оманливої заяви або навмисне спотворення, приховування або неповне розкриття фактів може призвести до виплати відповідному органу штату готівкою вартості неправомірно наданих мені продовольчих пільг і може спричинити цивільне або кримінальне переслідування мене відповідно до законодавства штату й федерального законодавства. Стандарти щодо права на участь і участі в SFMNP є однаковими для всіх, незалежно від раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності чи статі.

Я розумію, що я можу оскаржити будь-яке рішення, ухвалене місцевим органом щодо мого права на участь у SFMNP. Підписуючи цю заяву, я підтверджую, що сукупний дохід мого домогосподарства не перевищує встановлені межі доходу, а саме: **\$28 953** на 1-ну особу в домогосподарстві або **\$39 128** на 2-х осіб у домогосподарстві, і що мені виповнилося 60 років або більше (або що мені виповниться 60 років до 31 грудня 2025 р.).

Ім'я та прізвище 1-ї особи, яка є учасницею (друкованими літерами): _____ Дата народження _____
(Особа, для якої призначені чеки)

(Підпис)

Ім'я 2-ї особи, яка є учасницею (друкованими літерами): _____ Дата народження _____
(Особа, для якої призначені чеки)

(Підпис)

Адреса (друкованими літерами): _____
(Вулиця) (Місто) (Штат) (Поштовий індекс)

Номер телефону: _____ Округ проживання: _____

☐ Я подивлюся/подивився(-лася) відео «My Plate for Older Adults» (MyPlate для людей похилого віку), перш ніж використати свої ваучери SFMNP.

Будь ласка, обведіть колом відповідний ідентифікатор для кожного запитання:

Етнічна приналежність: Іспаномовні або латиноамериканці Не іспаномовні чи латиноамериканці

Раса: Американські індіанці або корінні жителі Аляски Азіати Чорношкірі або афроамериканці
Уродженці Гаваїв або інших тихоокеанських островів Білі

Діапазон чека: _____ (лише для службового використання)
Будь ласка, див. зворотний бік Заяви USDA про заборону дискримінації

БУДЬ ЛАСКА, НАДІШЛІТЬ ЗАЯВУ ДО ОКРУЖНОГО УПРАВЛІННЯ В СПРАВАХ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКЩО ЦЕ ЗАСТОСОВНО
ОСТАННІЙ ДЕНЬ ОТРИМАННЯ ЧЕКІВ: 9/30/25

Заява USDA про заборону дискримінації

Відповідно до Федерального закону про громадянські права та згідно з положеннями й політикою Міністерства сільського господарства США (USDA) щодо громадянських прав, USDA, його агентствам, офісам і працівникам, а також установам, які беруть участь у програмах USDA або керують ними, забороняється вчиняти дискримінацію за ознаками раси, кольору шкіри, національного походження, релігії, статі, інвалідності, віку, сімейного стану, сімейного/батьківського статусу, доходу, отриманого за програмою державної допомоги, політичних переконань, а також репресії або помсти за попередню діяльність у сфері громадянських прав у рамках будь-якої програми або діяльності, що реалізується або фінансується USDA (не всі базові ознаки застосовуються до всіх програм). Засоби правового захисту та граничні терміни подання скарг залежать від програми або інциденту.

Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (як-от, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів тощо), повинні зв'язатися з відповідним агентством або центром TARGET Міністерства сільського господарства США за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок і TTY), або зв'язатися з Міністерством сільського господарства США через Федеральну ретрансляційну службу (Federal Relay Service) за телефоном (800) 877-8339. Крім того, інформація про програму може надаватися й іншими мовами на додаток до англійської.

Щоби подати скаргу про дискримінацію в рамках програми, заповніть Форму скарги про дискримінацію в рамках програми USDA, AD-3027, за посиланням <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> чи в будь-якому офісі USDA, або напишіть листа на адресу USDA і зазначте в листі всю інформацію, яка запитується у формі. Щоб отримати копію форми скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Надішліть заповнену форму або листа до USDA:

1. Поштою:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; або

2. Факсом:

(202) 690-7442; або

3. Ел. поштою:

Program.Intake@usda.gov

Ця установа надає рівні можливості.