

واجد شرایط بودن و فرم نماینده 2025

حقوق و مسئولیت‌ها

از حقوق و تعهداتی که تحت برنامه SFMNP دارم مطلع شده‌ام. گواهی می‌دهم که اطلاعاتی که برای تعیین واجد شرایط بودن خود ارائه داده‌ام، صحیح و درست است. این فرم گواهی در ارتباط با دریافت کمک‌های فدرال ارسال می‌شود. مسئولین برنامه ممکن است اطلاعات این فرم را بررسی کنند. آگاه هستم که ارائه عمدی اطلاعات نادرست یا گمراه‌کننده یا تحریف، پنهان کردن یا نگهداشتن عمدی حقایق ممکن است منجر به پرداخت مبلغ نقدی معادل مزایای غذایی که به‌طور نادرست به من تعلق گرفته به نهاد دولتی شود و ممکن است طبق قوانین دولتی و فدرال تحت پیگیری مدنی یا کیفری قرار گیرم.

استانداردهای واجد شرایط بودن و مشارکت در برنامه SFMNP صرف‌نظر از نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت برای همه یکسان است.

آگاه هستم که می‌توانم بابت هر تصمیمی که آژانس محلی در مورد واجد شرایط بودن من برای برنامه SFMNP اتخاذ می‌کند، درخواست تجدیدنظر کنم.

نام شرکت‌کننده (با حروف بزرگ نوشته شود): _____ تاریخ _____
(چک‌های شخصی مختص)

آدرس: _____

شماره تلفن: _____ تاریخ تولد _____
(ماه/روز/سال)

لطفاً کادر مربوط به مناسب‌ترین شناسه را برای هریک انتخاب کنید:

غیر اسپانیایی یا غیر لاتین

☐ غیر اسپانیایی یا غیر لاتین

☐ اسپانیایی یا لاتین

قومیت:

☐ سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا

☐ آسیایی

☐ سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی‌تبار

☐ بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام

☐ سفید پوست

با امضای این فرم نماینده، تأیید می‌کنم که درآمد کل خانواده‌ام در محدوده رهنمودهای درآمدی قرار دارد: **28,953** دلار برای 1 نفر در خانوار؛ یا **39,128** دلار برای 2 نفر در خانوار و اینکه من 60 ساله یا مسن‌تر هستم.

امضای شرکت‌کننده _____ (چک‌های شخصی مختص)

نام نماینده (با حروف بزرگ نوشته شود): _____ تاریخ: _____
(شخصی که چک‌ها را برای شرکت‌کننده دریافت می‌کند)

آدرس: _____

شماره تلفن: _____

امضای نماینده _____

شماره چک‌های دریافتی: _____

****نماینده باید این فرم را به یک سایت توزیع در شهرستان محل اقامت شرکت‌کننده ببرد. از ارسال با پست خودداری کنید**

بیانیه عدم تبعیض وزارت کشاورزی ایالات متحده

(USDA)

بر اساس قوانین حقوق مدنی فدرال و مقررات و خطمشی‌های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده، آژانس‌ها، دفاتر و کارکنان آن، و موسسات شرکت‌کننده یا مدیریت‌کننده برنامه‌های USDA از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، مذهب، جنسیت، ناتوانی، سن، وضعیت تأهل، وضعیت خانوادگی/والدینی، درآمد حاصل از برنامه‌های کمک‌هزینه عمومی، اعتقادات سیاسی، یا انتقام‌جویی یا تلافی‌جویی به دلیل فعالیت‌های حقوق مدنی قبلی در هر برنامه یا فعالیت که توسط USDA انجام یا تأمین مالی شده است، منع شده‌اند (تمامی این موارد برای همه برنامه‌ها قابل اعمال نیست). راهکارها و مهلت‌های ثبت شکایت بسته به برنامه یا حادثه متفاوت است.

افرادی که دارای ناتوانی هستند و به روش‌های جایگزین ارتباطی (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی و غیره) برای اطلاعات برنامه نیاز دارند، باید با آژانس مسئول یا مرکز TARGET وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA) به شماره 720-2600 (202) (صوتی و TTY) یا از طریق سرویس رله فدرال USDA به شماره 877-8339 (800) تماس بگیرند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان‌های غیر از انگلیسی نیز در دسترس قرار گیرد.

برای ثبت شکایت تبعیض در برنامه، فرم شکایت تبعیض برنامه USDA، AD-3027 را که به‌صورت آنلاین در آدرس <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> و در هر دفتر USDA در دسترس است، تکمیل کنید یا نامه‌ای به USDA بنویسید و تمامی اطلاعات درخواست‌شده در فرم را در نامه درج کنید. برای درخواست یک کپی از فرم شکایت، با شماره 632-9992 (866) تماس بگیرید. فرم تکمیل‌شده یا نامه خود را از طریق زیر به USDA ارسال کنید:

(1) آدرس پستی: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400
Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410؛ یا

(2) فکس: (202) 690-7442؛ یا

(3) ایمیل: program.intake@usda.gov.

این مؤسسه یک تأمین‌کننده با فرصت‌های برابر است.