

МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА,
ШТАТ ПЕНСИЛЬВАНИЯ
ПРОГРАММА ПИТАНИЯ НА ФЕРМЕРСКИХ
РЫНКАХ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

**ФОРМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ
И НАЗНАЧЕНИЯ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА, 2025 ГОД**

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Мне были разъяснены мои права и обязанности в рамках программы SFMNP. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной для определения права на участие в программе, является достоверной, насколько мне известно. Данная форма сертификации представляется в связи с получением федеральной помощи. Сотрудники программы могут проверить информацию в этой форме. Я понимаю, что преднамеренное предоставление ложной или вводящей в заблуждение информации, а также умышленное сокрытие или искажение фактов может повлечь за собой обязанность возместить агентству штата в денежной форме стоимость неправомерно полученных продуктовых пособий, а также повлечь за собой гражданскую или уголовную ответственность в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством.

Критерии отбора и участия в программе SFMNP являются одинаковыми для всех, независимо от расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.

Я понимаю, что имею право обжаловать любое решение, принятое местным агентством, касающееся моего права на участие в программе SFMNP.

Имя участника (печатными буквами): _____ Дата _____
(на чье имя выписываются чеки)

Адрес: _____

Номер телефона: _____ День рождения _____
(месяц/день/год)

Отметьте наиболее подходящий вариант для каждого пункта:

Этническая принадлежность:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Этническая принадлежность: латиноамериканцы или американцы латиноамериканского происхождения | <input type="checkbox"/> не латиноамериканцы или американцы латиноамериканского происхождения | |
| <input type="checkbox"/> американские индейцы или коренные жители Аляски коренные гавайцы или другие жители тихоокеанских островов | <input type="checkbox"/> азиаты | <input type="checkbox"/> чернокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> представители европеоидной расы |

Подписывая данную форму доверенного лица, я подтверждаю, что общий доход моего домохозяйства соответствует установленным критериям: **\$28 953** на 1 человека в домохозяйстве; или **\$39 128** на 2 человек в домохозяйстве, а также что мне не менее 60 лет.

Подпись участника _____ (на чье имя выписываются чеки)

Имя доверенного лица (печатными буквами): _____ Дата: _____
(лицо, забирающее чеки для участника)

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Подпись доверенного лица: _____

Получены номера чеков: _____

****Доверенное лицо должно отнести эту форму в пункт выдачи в округе, в котором проживает участник программы. НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПО ПОЧТЕ!**

**Заявление Министерства сельского
хозяйства США о недопущении
дискриминации**

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и положениями и политиками Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав, USDA, его агентства, офисы и сотрудники, а также учреждения, участвующие в программах USDA или управляющие ими, не имеют права осуществлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, инвалидности, возраста, семейного положения, статуса семьи/родителя, источника дохода из государственной помощи, политических убеждений, а также в ответ на подачу жалоб или участие в деятельности по защите гражданских прав — при осуществлении любых программ или мероприятий, проводимых или финансируемых USDA (не все перечисленные основания применимы ко всем программам). Сроки подачи жалоб и компенсация зависят от конкретной программы или инцидента.

Лица с ограниченными возможностями, которым необходимы альтернативные средства получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. п.), должны связаться с соответствующим агентством или с Центром TARGET Министерства сельского хозяйства США (USDA) по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и ТТУ), или обратиться в USDA через Федеральную службу связи для лиц с нарушениями слуха по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на языках, отличных от английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в рамках программы, необходимо заполнить Форму жалобы о дискриминации в программе Министерства сельского хозяйства США (USDA), форма AD-3027, которая доступна онлайн по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, а также в любом офисе USDA, или написать письмо, адресованное в USDA, указав в нем всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы получить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA по адресу:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400
Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410 или
- (2) по факсу: (202) 690-7442 или
- (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov.

Это учебное заведение предоставляет равные возможности.