

استمارة طلب المشارك

برنامج السلع الغذائية التكميلية

الاسم: _____

عدد أفراد الأسرة: _____

تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____

الشروط المتعلقة باستحقاق الدخل في برنامج

السلع الغذائية التكميلية

2024 رياريف رهش 6

استنادًا إلى 130% من الشروط الفيدرالية المتعلقة بالفقر			
عدد أفراد الأسرة	سنويًا	شهريًا	أسبوعيًا
1	19,578 دولار	1,632 دولار	377 دولار
2	26,572 دولار	2,215 دولار	511 دولار
3	33,566 دولار	2,798 دولار	646 دولار
4	40,560 دولار	3,380 دولار	780 دولار
5	47,554 دولار	3,963 دولار	915 دولار
6	54,548 دولار	4,546 دولار	1,049 دولار
لكل فرد إضافي، يرجى إضافة:	+ 6,994 دولار	+ 583 دولار	+ 135 دولار

يرجى كتابة المجموع الكلي للدخل لجميع أفراد الأسرة قبل أي استقطاعات أو نفقات. ولا يتم احتساب استحقاقات برنامج SNAP كدخل.

دولار سنويًا أو _____ دولار شهريًا أو _____ دولار أسبوعيًا

العنوان: _____ رقم الوحدة/ الشقة: _____

المدينة: _____ الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف (اختياري): _____

العرق (يرجى وضع علامة داخل مربع واحد فقط): من أصل أسباني أو لاتيني ليس من أصل أسباني أو لاتيني

الأصل (يرجى وضع علامة داخل مربع واحد أو أكثر):

ذو بشرة سمراء أو أمريكي من أصل أفريقي من سكان هاواي الأصليين أو غير ذلك من سكان جزر المحيط الهادئ

من الهنود الأمريكيين أو من سكان ألاسكا الأصليين آسيوي

ذو بشرة بيضاء

تفويض الوكيل (اختياري)

يجوز للمشاركين اختيار وكلاء يمكنهم التوقيع والحصول على الطعام نيابة عنهم.

اسم الوكيل: _____

رقم هاتف الوكيل: _____

تاريخ تفويض التوكيل: _____ / _____ / _____ إلى _____ / _____ / _____

← يتبع على الجانب الآخر



يطلب استكمال هذا الطلب فيما يتعلق بالحصول على المساعدات الفيدرالية. ويحق لمسؤولي البرنامج التحقق من البيانات الواردة في هذا النموذج. وأدرك أن التحريف المتعمد في أي بيانات قد يعرضني للملاحقة القضائية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المعمول بها. كما أدرك أيضًا أنني قد لا أحصل على استحقاقات برنامج السلع الغذائية التكميلية في أكثر من موقع واحد لبرنامج السلع الغذائية التكميلية في نفس الوقت. علاوة على ذلك، أدرك أنه قد يتم مشاركة البيانات المقدمة مع منظمات أخرى وذلك لكشف ومنع المشاركة المزدوجة. كما قد تم إحاطتي بحقوقى والتزاماتي بموجب هذا البرنامج. لذا أقر بأن البيانات الواردة هنا لتحديد استحقاقى صحيحة حسب علمي ومعرفتي.

أُصرح بالكشف عن البيانات المقدمة في نموذج الطلب هذا إلى المنظمات الأخرى التي تدير برامج المساعدة لاستخدامها في تحديد استحقاقى للمشاركة في برامج المساعدة العامة الأخرى ولأغراض التوعية بالبرنامج.

(يرجى الإشارة إلى القرار بوضع علامة داخل المربع المناسب.) نعم لا

توقيع مقدم الطلب أو الوكيل: _____ التاريخ: ____/____/____

وفقا لقانون الحقوق المدنية الإتحادي وتوجيهات وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (يو أس دي أي) (USDA)، يحضر على الـ USDA ووكالاتها ومكاتبها، وموظفيها ومؤسساتها المشاركة في، أو المدير لـ برامج الـ USDA ان تميز بناء على العرق، لون البشرة، القومية، الجنس، المذهب العقائدي، الإعاقة، العمر، المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الإنتقام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق في أي برنامج او نشاط يداران أو يمolan من قبل الـ USDA.

يتوجب على الاشخاص المعاقين المحتاجين الى وسائل إتصال بديلة لمعلومات البرنامج (مثلا، لغة بريـل، أحرف كبيرة الحجم،التسجيل الصوتي، لغة الاشارات الأمريكية، الخ) ان يتصلوا بالوكالة في (الولاية او المحلية) حيث يقدموا للحصول على المنافع. يمكن للاشخاص الطرش او المعانين من صعوبة في السمع او المعانين من اعاقات في الكلام الاتصال بالـ USDA عبر الاتصال بخدمة المرحل الاتحادية على هاتف 877-8339 (800). إضافة الى ذلك، يمكن توفير معلومات البرامج بلغات أخرى.

لغرض رفع شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل ملاً [طلب شكوى التمييز من برنامج الـ USDA](#)، المرقم (AD-3027) والذي يمكن تنزيله من الانترنت على الرابط: [How to File a Complaint](#) وفي اي مكتب للـ USDA او بكتابة رسالة معنونة الى الـ USDA وزود في الرسالة جميع المعلومات المطلوبة في الطلب. لطلب نسخة من طلب الشكوى، اتصلوا على هاتف 632-9992 (866). قدم طلبك المكتمل او رسالتك الى الـ USDA عبر:

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov
(2) بالفاكس: على هاتف 690-7442 (202)؛ أو (1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية
مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue,
SW Washington, D.C. 20250-9410

هذه المؤسسة توفر التكافؤ في الفرص

INTAKE STAFF OR VOLUNTEER ONLY

Site name: _____

Eligible — Applicant is eligible when they meet income, residency, and age requirements.

Dates of certification: ____/____/____ to ____/____/____

Eligible and on wait list

Ineligible — I have been advised in writing that I am ineligible to participate in the CSFP and have the right to a fair hearing.

I am ineligible to participate based on the following criteria: **Income** **Residency** **Age**

Certifier Signature: _____



نموذج الاستهلاك التكميلي الخاص بنك تكساس المركزي للطعام (Central Texas Food Bank)

الأسئلة التالية اختيارية ولن تؤثر على إمكانية حصولك على المساعدات الغذائية. إذا كنت تفضل عدم الإجابة عن أسئلة هذا القسم، فيمكنك تخطي هذه الأسئلة ثم سلم النموذج الخاص بك.

1. البريد الإلكتروني:

2. ما المساعدة الإضافية التي تحصل عليها؟ (يرجى وضع علامة أمام كل ما ينطبق من الخيارات)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) | <input type="checkbox"/> برنامج صحة المرأة في تكساس |
| <input type="checkbox"/> الإعانة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) | <input type="checkbox"/> مزايا قدامى المحاربين |
| <input type="checkbox"/> البرنامج الوطني لوجبة الغداء المدرسية (وجبات مجانية أو مخفضة السعر) (NSLP) | <input type="checkbox"/> برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) |
| <input type="checkbox"/> دخل الضمان الإضافي (SSI) | <input type="checkbox"/> برنامج Medicare |
| <input type="checkbox"/> برنامج ميديكيد (Medicaid) | <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ |
| <input type="checkbox"/> التأمين الاجتماعي | |

3. الجنس: أنثى ذكر غير ذلك أفضل عدم الإجابة

4. كم عدد الأطفال (حتى 17 عامًا) المقيمين في منزلك؟ _____

5. كم عدد الأشخاص البالغين 60 عامًا أو أكثر المقيمين في منزلك؟ _____

6. كم عدد المحاربين القدامى المقيمين في منزلك؟ _____

7. كم عدد العسكريين المستمرين في الخدمة الفعلية المقيمين في منزلك؟ _____

8. كم عدد الطلاب الجامعيين المقيمين في منزلك؟ _____

9. ما لغتك المفضلة؟

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> الإنجليزية | <input type="checkbox"/> الصينية | <input type="checkbox"/> الإسبانية |
| <input type="checkbox"/> الإسبانية | <input type="checkbox"/> التشيكية | <input type="checkbox"/> لغة الإشارة الأمريكية (ASL) |
| <input type="checkbox"/> العربية | <input type="checkbox"/> الفرنسية | <input type="checkbox"/> العربية |
| <input type="checkbox"/> البوسنية | <input type="checkbox"/> الكريولية الهايتية | <input type="checkbox"/> البوسنية |
| <input type="checkbox"/> البورمية | <input type="checkbox"/> الهندية | <input type="checkbox"/> البورمية |
| | <input type="checkbox"/> الكورية | |
| | <input type="checkbox"/> البشتونية | |
| <input type="checkbox"/> السواحلية | | |
| <input type="checkbox"/> التغرينية | | |
| <input type="checkbox"/> الفيتنامية | | |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك | | |

الإفصاح عن المعلومات الخاصة بعميل بنك تكساس المركزي للطعام (Central Texas Food Bank)

أقر بأنه سيتم تخزين البيانات الخاصة بي في قاعدة بيانات آمنة، Oasis Insights، وسوف يستخدمها بنك تكساس المركزي للطعام وكذلك مخزن الطعام الذي يقدم المساعدة لتحسين الخدمات المُقدَّمة لي ولأفراد مجتمعي. ولن تكشف عن هويتي أي تقارير تستخدم البيانات الخاصة بي.

بالموافقة على الكشف عن البيانات الخاصة بي، فإنني أوافق على مشاركة البيانات الخاصة بي مع بنك تكساس المركزي للطعام (CTFB) وشركائهم لتسهيل الوصول إلى الطعام الموجود في المخازن الأخرى في شبكة بنك تكساس المركزي للطعام. ومن خلال عدم الموافقة، فإنني أوافق فقط على مشاركة البيانات الخاصة بي مع هذه الوكالة وبنك تكساس المركزي للطعام.

لا

نعم

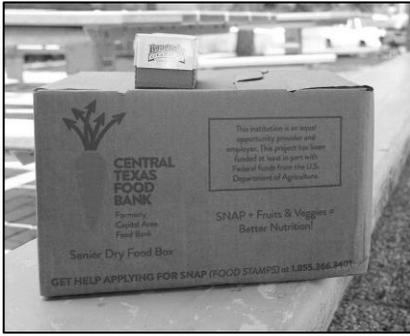


برنامج السلع الغذائية التكميلية حقوق وواجبات المشاركين

1. أقر بأن البيانات الواردة هنا لتحديد استحقاق صحيحة حسب علمي ومعرفتي.
2. يتم توفير استحقاقات برنامج السلع الغذائية التكميلية فيما يتعلق بالحصول على المساعدات الفيدرالية. أدرك أن التحريف المتعمد في أي بيانات قد يعرضني للملاحقة القضائية أو الجنائية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.
3. يحق لي الاستئناف ضد أي قرار تتخذه إدارة المون الغذائية أو بنك الطعام بخصوص استحقاقي للاستفادة من برنامج السلع الغذائية التكميلية. بإمكانني تقديم طلب عقد جلسة استماع عادلة إلى إدارة المون الغذائية أو إلى بنك الطعام وذلك بإعلامهم أنني أريد التقدم باستئناف.
4. ستكون خدمات الإحالة الصحية والتثقيف في مجال التغذية متاحة لي. كما سيتم دعوتي للمشاركة في هذه الخدمات.
5. أدرك أنه يمكنني طلب الإحالة إلى مكان لا علاقة له بالدين.
6. أدرك أنه لا يسمح لي المشاركة في أكثر من مكان واحد لبرنامج السلع الغذائية التكميلية في نفس الوقت وأن مثل هذه المشاركة المزدوجة ستؤدي إلى حرمانني من الاستفادة من برنامج السلع الغذائية التكميلية.
7. أدرك أنه يتوجب على الإبلاغ عن التغييرات التي تطرأ على دخل الأسرة، أو على عدد أفراد الأسرة، وذلك في غضون عشرة أيام.
8. إذا تمت الموافقة على المشاركة في برنامج السلع الغذائية التكميلية، فقد يؤدي عدم تسلّم الطعام لمرات متتالية وفقاً للإرشادات إلى الخروج من برنامج السلع الغذائية التكميلية مع إرسال إخطار كتابي مدته 15 يوماً.
9. أدرك أنني إذا اخترت إرسال وكيل (شخص بديل) لتسلّم وجبة الطعام، فيجب أن يكون الوكيل (1) مدرجاً على أنه الوكيل في طلب المشاركة أو في الملف الخاص بي، (2) تقديم بطاقة الموعد الخاص بي، إذا طلب ذلك، (3) تقديم بطاقة تحديد الهوية، (4) التوقيع على عبوة وجبة الطعام.
10. أدرك أن وجبات الطعام المقدمة من برنامج السلع الغذائية التكميلية مخصصة فقط للمشاركين الذين يتم توفيرها لهم.
11. أوافق على الكشف عن البيانات إلى الجهات التالية: (1) موظفو برنامج السلع الغذائية التكميلية أو (2) وكالات أخرى تابعة لبرنامج السلع الغذائية التكميلية، إذا كنت أرغب في النقل أو (3) برامج أخرى متعلقة بالصحة أو الرعاية الاجتماعية، لمنع المشاركة المزدوجة أو (4) وزارة الزراعة الأمريكية أو (5) وزارة الزراعة في تكساس أو (6) إدارة المون الغذائية أو (7) بنك الطعام.
12. لقد تم إبلاغي بحقوق وواجباتي بموجب برنامج السلع الغذائية التكميلية.
13. أدرك أنه غير مسموح لي ببيع أو استبدال وجبات طعام وزارة الزراعة الأمريكية بمواد غير غذائية.
14. أدرك أن الاعتداء الجسدي، أو التهديد بالاعتداء على موظفي برنامج السلع الغذائية التكميلية ينتهك شروط البرنامج. وقد يتم إنهاء مشاركتي في برنامج السلع الغذائية التكميلية بسبب هذه المخالفة وغيرها من المخالفات الخاصة بالبرنامج.

هذه المؤسسة تعمل بموجب مبدأ تكافؤ الفرص.

Welcome to CSFP!



What is CSFP? The Commodity Supplemental Food Program (CSFP) provides older adults ages 60+ with cheese and a box of shelf-stable groceries every month. The Central Texas Food Bank runs this program.

The Texas Department of Agriculture recommends that you use all the food in your CSFP package yourself.

When and where can I get my monthly box?

Location:

Date:

Time:

Remember your ID!

Can someone else pick up my box for me? Can I pick up a box for someone else?

Yes! A CSFP participant can authorize a proxy to pick up a box and act on their behalf. Ask CSFP distribution staff or a volunteer how to get started.

If I miss the distribution, can I get my box later?

Contact the Food Bank—you may be able to get a box at a different location later in the month. Once the month is over, you will not be able to get a make-up box.

If the Food Bank has reached its maximum number of CSFP participants and you miss two distributions in a row, you may be removed from CSFP and need to reapply.

Questions? Contact the Central Texas Food Bank at 512-282-2111 or distributionprograms@centraltexasfoodbank.org.

This institution is an equal opportunity provider.

