

Право на получение продуктов питания на дом

Я, нижеподписавшийся(аяся), соглашаюсь возместить убытки и освободить от ответственности данного агента и штат Небраска, а также их департаменты, должностных лиц, учреждения и сотрудников от любых претензий, требований, убытков, расходов, исков и оснований для подачи иска, которые могут возникнуть в связи с любыми действиями или событиями, связанными с выдачей и получением продуктов питания, предоставленных Министерством сельского хозяйства США (USDA) в качестве безвозмездной помощи.

Кроме того, я подтверждаю, что совокупный доход моей семьи в настоящее время не превышает установленные ежемесячные предельные суммы дохода, либо что я являюсь участником одной из следующих программ: Программа дополнительной продовольственной помощи (SNAP), Программа помощи детям, находящимся на иждивении (ADC), Программа помощи пожилым людям, незрячим и людям с инвалидностью (AABD), Программа субсидирования энергоснабжения для домохозяйств с низким доходом (LIHEAP), Программа медицинского страхования, Программа страхования лиц с инвалидностью на уровне штата, Программа расселения беженцев (RRP).

Ежемесячный доход (180 % от федерального уровня бедности)

| Состав семьи | Сумма дохода в месяц | Состав семьи | Сумма дохода в месяц |
|--------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|
| 1 | 2 394 долл.США | 6 | 6 654 долл.США |
| 2 | 3 246 долл.США | 7 | 7 506 долл.США |
| 3 | 4 098 долл.США | 8 | 8 358 долл.США |
| 4 | 4 950 долл.США | Каждый доп. член семьи | Дополнительно 852 долл. США |
| 5 | 5 802 долл.США | | |

Пожалуйста, заполните следующую информацию:

Состав семьи: _____ Есть ли в семье дети младше 18 лет? Да Нет

Адрес: _____

Согласно федеральному законодательству о гражданских правах и соответствующим политикам Министерства сельского хозяйства США (USDA), USDA, его агентства, управления, сотрудники и учреждения, участвующие в или администрирующие программы USDA, не имеют права допускать дискриминацию по признакам расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, гендера, инвалидности, возраста или в ответ на ранее осуществлённую деятельность по защите гражданских прав в рамках любой программы или деятельности, финансируемой USDA.

Люди с инвалидностью, нуждающиеся в альтернативных форматах информации (например, шрифт Брайля, увеличенный шрифт, аудиозаписи, американский жестовый язык и т. д.), должны обратиться в соответствующее агентство (на уровне штата или местного самоуправления), через которое они подавали заявку. Люди с нарушением слуха или речи могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по номеру: (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна и на других языках, кроме английского.

Для подачи жалобы на дискриминацию в рамках программы заполните Форму жалобы на дискриминацию в программах USDA (AD-3027), которая доступна онлайн по ссылке:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, в любом офисе USDA, или отправьте письмо на адрес USDA, указав всю информацию, требуемую в форме. Чтобы получить бумажную копию формы жалобы, позвоните по номеру: (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA: Почтой по адресу: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Washington,

D.C. 20250-9410. Факс:

(202) 690-7442 Эл. почта: program.intake@usda.gov

Это учреждение предоставляет равные возможности для всех.

Подпись: _____ Дата: _____