

## Право на отримання харчових продуктів на дім

Я, що підписався(лася) нижче, погоджуюсь відшкодувати збитки та звільнити від відповідальності цього агента та штат Небраска, а також їхні департаменти, посадових осіб, установи й працівників від будь-яких претензій, вимог, збитків, витрат, дій і підстав для позову, що можуть виникнути у зв'язку з будь-якою дією або подією, пов'язаною з видачею та отриманням харчових продуктів, наданих Міністерством сільського господарства США (USDA) у якості безоплатної допомоги.

Крім того, я підтверджую, що поточний сукупний дохід моєї сім'ї не перевищує встановлені щомісячні граничні суми доходу, або що я є учасником однієї з таких програм: Програма додаткової допомоги з харчування (SNAP), Програма допомоги дітям, які перебувають на утриманні (ADC), Програма допомоги людям похилого віку, незрячим і людям з інвалідністю (AABD), Програма субсидування енергопостачання для домогосподарств із низьким рівнем доходу (LIHEAP), Програма медичного страхування, Програма страхування людей з інвалідністю на рівні штату або Програма розселення біженців (RRP).

## Щомісячний дохід (180 % від федерального прожиткового мінімуму)

Склад сім'ї	Сума щомісячного доходу	Склад сім'ї	Сума щомісячного доходу
1	2 394 дол.США	6	6 654 дол.США
2	3 246 дол.США	7	7 506 дол.США
3	4 098 дол.США	8	8 358 дол.США
4	4 950 дол.США	Кожен додатковий член сім'ї	Додатково 852 дол.США
5	5 802 дол.США		

## Будь ласка, заповніть наступну інформацію:

Склад сім'ї: \_\_\_\_\_ Чи є у сім'ї діти віком до 18 років?  Так  Ні

Адреса: \_\_\_\_\_

Відповідно до положень федерального права у сфері громадянських прав, а також відповідних положень і політик Міністерства сільського господарства США (USDA), USDA, його агентства, управління, працівники й установи, що беруть участь у програмах USDA або адмініструють їх, не мають права здійснювати дискримінацію за ознаками расової приналежності, кольору шкіри, національного походження, статі, гендеру, наявності інвалідності, віку або як репресалію у відповідь на попередню діяльність, пов'язану з захистом громадянських прав, у межах будь-якої програми чи діяльності, яку проводить або фінансує USDA.

Особи з інвалідністю, які потребують альтернативних способів отримання інформації про програму (наприклад, шрифтом Брайля, збільшеним шрифтом, у формі аудіозапису, американською жестовою мовою тощо), мають звернутися до відповідного агентства (на рівні штату чи місцевої громади), через яке вони подавали заяву про отримання допомоги. Особи з вадами слуху або мовлення можуть зв'язатися з USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень за номером: (800) 877-8339. Крім того, інформація про програму може бути доступна іншими мовами, окрім англійської.

Щоб подати скаргу щодо дискримінації у програмі, заповніть Форму скарги про дискримінацію в програмах USDA (AD-3027), доступну онлайн за посиланням: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, в будь-якому управлінні USDA, або надішліть листа на адресу USDA із зазначенням усієї інформації, яку вимагає форма. Щоб отримати паперову копію форми скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Надішліть заповнену форму або лист до USDA: (1) поштою на 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; or (3) ел.пошта: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Ця установа прагне надавати всім рівні можливості.

Підпис: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_