CSFP Korean 2024

참가자 신청

상용 보충 식량 프로그램 (CSFP)

이름: _____

생년월일: _____/___/_____ 가구 구성원 수: _____

CSFP 소득 자격 가이드라인

2024 년2 월6 일부터 유효

연방 최저생계비의 **130%**에 근거			
가구 규모	연간	월간	주간
1	**$19,578**	**$1,632**	**$377**
2	**$26,572**	**$2,215**	**$511**
3	**$33,566**	**$2,798**	**$646**
4	**$40,560**	**$3,380**	**$780**
5	**$47,554**	**$3,963**	**$915**
6	**$54,548**	**$4,546**	**$1,049**
각 추가 인원에 대해	**+ $6,994**	**+ $583**	**+$135**

공제 또는 지출 전 모든 가구 구성원의 총 소득을 기재하십시오. SNAP 혜택은 소득으로 간주되지 않습니다.

$_____ **연간** 또는 $_____ **월간** 또는 $_____**주간**

주소: _____ **동/호수:** _____

도시: _____ **우편번호:** _____ **전화번호(선택 사항):**_____

인종(하나만 선택): ☐ 히스패닉 또는 라틴계 ☐ 히스패닉 또는 라틴계 아님

인종(하나 이상 선택):

☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인

☐ 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민

☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민

☐ 아시아인

☐ 백인

대리인 승인(선택 사항)

참가자는 자신을 대신하여 서명하고 식량을 픽업할 수 있는 대리인을 지정할 수 있습니다.

대리인 이름: _____

대리인 전화번호:_____

대리인 승인 날짜: _____/___/_____~_____/___/_____

반대면에서 계속 →

이 신청서는 연방 지원금 수령과 관련하여 작성되어야 합니다. 프로그램 담당자는 이 양식의 정보를 확인할 수 있습니다. 저는 고의적인 허위 진술로 인해 해당 주 및 연방 법령에 따라 기소될 수 있음을 알고 있습니다. 또한, 동시에 둘 이상의 CSFP 장소에서 CSFP 혜택을 받지 못할 수도 있음을 알고 있습니다. 또한, 이중 참여를 감지하고 방지하기 위해 제공된 정보가 다른 조직과 공유될 수 있음을 알고 있습니다. 저는 프로그램에 따른 제 권리와 의무에 대한 조언을 받았습니다. 저는 자격 결정을 위해 제공한 정보가 제가 아는 한 정확함을 보증합니다.

저는 *참가자의 권리와 책임*에 대한 통지를 받았습니다(양식 1516). ☐ 네

저는 다른 공공 지원 프로그램 참여 자격을 결정하고 프로그램 홍보 목적으로 사용하기 위해 지원 프로그램을 관리하는 다른 조직에 이 신청서에 제공된 정보를 공개하는 것을 승인합니다.

(해당 상자에 체크 표시하여 의사를 표시하십시오.) ☐ 네 ☐ 아니요

신청자 또는 대리인의 서명: _____ **날짜:** _____/_____/_____

미국 **농무부(USDA) 시민권 규정 및** 정책에 따라, USDA 및 그 산하기관, 사무소 및 직원, 그리고 프로그램에 참여하거나 집행하는 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 종교적 신념, 장애 여부, 연령, 정치적 신념 또는 USDA 가 수행하거나 자금을 공여한 어떤 프로그램이나 활동에 따른 이전 시민권 활동에 대한 보복 행위를 금지하고 있습니다. 프로그램 정보에 대한 대체 수단(예: 점자, 큰 인쇄물, 오디오 테이프, 미국식 수화 등)이 필요한 장애인은 자신이 혜택을 신청한 지역의 (주 또는 지역) 기관에 문의하십시오. 청각 장애인, 난청인 또는 언어 장애인의 경우에는 Federal Relay Service 전화 (800) 877-8339 번을 통해 USDA 에 연락해 주십시오. 또는 다른 언어로 된 프로그램 정보를 구하실 수도 있습니다.

차별에 대해 신고하려면, How to File a Complaint 사이트나 모든 USDA 사무소에서 USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) (USDA 프로그램 차별 신고서)를 작성하거나, USDA 를 수신인으로 하여 양식에서 요청하는 모든 정보를 서신으로 작성하여 보내십시오. 불만 신고서 사본을 요청하려면 **(866) 632-9992** 번으로 전화하십시오. 작성한 양식 또는 서신은 USDA 에 아래 주소로 제출하십시오.

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

(2) 팩스: (202) 690-7442; or

(3) email 이메일:
program.intake@usda.gov

본 기관은 균등한 기회를 제공합니다.

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: _

CSFP
Korean

CTFB 보충 섭취 양식

다음 질문은 선택 사항으로**,** 식품 지원 수령 여부에 영향을 미치지 않습니다**.**
이 섹션에 답변하고 싶지 않다면 이 질문을 건너뛰고 양식을 제출하십시오.

1. 이메일 주소: _____

2. 어떤 추가 지원을 받습니까? **(해당하는 사항을 모두 선택하십시오)**

☐ 보충 영양 지원 프로그램 (SNAP)
☐ 지원이 필요한 가정을 위한 임시 지원 (TANF)
☐ 국가 학교 급식 프로그램 (NSLP) (무료 또는 할인 가격 급식)
☐ 생활 보조금 (SSI)
☐ 메디케이드
☐ 사회 보장
☐ 텍사스 여성 건강 프로그램
☐ 재향 군인 혜택
☐ WIC
☐ 메디케어
☐ 기타: _____

3. 성별: ☐여성 ☐남성 ☐기타 ☐답변하고 싶지 않음

4. 귀하의 가구에는 **아동**(0~17 **세**)이 몇 명이나 살고 있습니까? _____

5. 귀하의 가구에는 60 **세 이상 노인**이 몇 명이나 살고 있습니까? _____

6. 귀하의 가정에는 **재향 군인**이 몇 명이나 살고 있습니까? _____

7. 귀하의 가구에는 **현역 군인**이 몇 명이나 살고 있습니까? _____

8. 귀하의 가구에는 **대학생**이 몇 명이나 살고 있습니까? _____

9. 선호하는 언어는 무엇입니까?

☐ 영어
☐ 스페인어
☐ 미국 수화
☐ 아랍어
☐ 보스니아어
☐ 미얀마어
☐ 중국어
☐ 체코어
☐ 프랑스어
☐ 아이티크리올어
☐ 힌디어
☐ 한국어
☐ 파슈토어
☐ 스와힐리어
☐ 티그리냐어
☐ 베트남어
☐ 기타 _____

중앙 텍사스 푸드 뱅크 고객 정보 공개

본인은 본인의 정보가 보안 데이터베이스인 Oasis Insights 에 저장되고 CTFB 와 식료품 저장소에서 사용하여 지역 사회와 본인에게 제공되는 서비스를 개선하는 데 도움을 줄 것임을 인정합니다. 본인의 데이터를 사용하는 보고서에는 본인의 신원이 노출되지 않습니다.

본인은 본인의 정보 공개에 동의함으로써 CTFB 네트워크의 다른 식료품 저장실에 있는 식품에 더 쉽게 접근할 수 있도록 중앙 텍사스 푸드 뱅크(CTFB) 및 그 파트너와 본인의 정보를 공유하는 데 동의합니다. 동의하지 않음으로써 본인의 정보를 이 기관 및 CTFB 와만 공유하는 데 동의합니다.

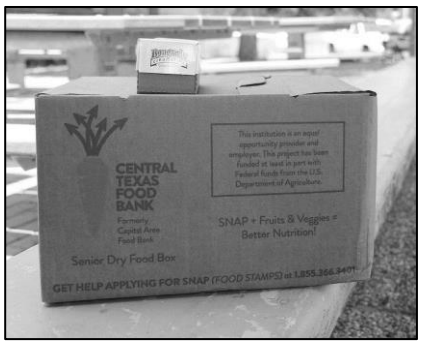
☐ 네 ☐ 아니요

CENTRAL TEXAS FOOD BANK

상용 보충 식량 프로그램
참가자의 권리 및 책임

1. 저는 자격 결정을 위해 제공한 정보가 제가 아는 한 정확함을 보증합니다.
2. CSFP 혜택은 연방 지원 수령과 관련하여 제공됩니다. 저는 고의적 허위 진술로 인해 주 및 연방법에 따라 민사 또는 형사 기소를 당할 수 있음을 이해합니다.
3. 저는CSFP 수혜 자격과 관련하여 식료품실 또는 푸드 뱅크의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 공정한 청문회 요청은 식료품실이나 푸드 뱅크에 제가 항소하고 싶다고 말함으로써 제출할 수 있습니다.
4. 저는 의료 서비스 소개 및 영양 교육을 받을 수 있으며 이러한 서비스에 참여하는 것이 좋습니다.
5. 저는 비종교 사이트에 대한 추천을 요청할 수 있음을 이해합니다.
6. 저는 동시에 두 개 이상의CSFP 장소에 참여하는 것은 허용되지 않으며 이 경우CSFP에서 실격될 수 있음을 이해합니다.
7. 저는10 일 이내에 가구 소득의 변화 또는 가구 구성의 변화를 보고해야 한다는 것을 이해합니다.
8. CSFP 참여가 승인된 경우 지시된 대로 연속적으로 식량을 수거하지 않으면15 일 전에 서면 통지를 통해 CSFP에서 제외될 수 있습니다.
9. 저는 제 식량을 수령하기 위해 대리인(대체하는 사람)을 보내기로 선택한 경우 대리인이1) 제 참가자 신청서 또는 제 파일에 대리인으로 등록되어 있어야 하며, 2) 요청 시 예약 카드를 제시해야 하고, 3) 신분증을 제공하며4) 식량 패키지에 서명해야 함을 이해합니다.
10. CSFP에서 제공하는 식량은 식량을 제공받는 참가자를 위한 것임을 이해합니다.
11. 다음에 대한 정보 공개에 동의합니다: 1) CSFP 직원2) 다른CFSP 기관(이전하려는 경우) 3) 이중 참여를 방지하기 위한 기타 건강 또는 복지 프로그램4) USDA 5) TDA 6) 식료품실 또는7) 푸드 뱅크.
12. 저는CSFP에 따른 제 권리와 의무에 대한 조언을 받았습니다.
13. 저는USDA 푸드를 식품이 아닌 제품으로 팔거나 교환해서는 안 된다는 것을 이해합니다.
14. 저는CSFP 직원의 신체적 학대 또는 신체적 학대 위협이 프로그램 위반이라는 것을 이해합니다. CSFP 참여는 이것과 다른 프로그램 위반으로 인해 종료될 수 있습니다.

이 기관에서는 균등한 기회를 제공합니다.



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.

CENTRAL TEXAS FOOD BANK