

ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA

CHƯƠNG TRÌNH HÀNG HÓA THỰC PHẨM BỔ SUNG (CSFP)

Tên: _____

Ngày sinh: ____/____/____ Số thành viên trong hộ gia đình: _____

Quy Định Tính Đủ Điều Kiện về Thu Nhập CSFP

Có Hiệu Lực từ ngày 6 tháng 2 năm 2024

Dựa trên 130% Mức Chuẩn Nghèo Liên Bang			
Quy Mô Hộ Gia Đình	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng tuần
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
Với mỗi người thêm vào, hãy cộng thêm:	\$6.994	\$583	+\$135

Liệt kê tổng thu nhập của tất cả các thành viên trong hộ gia đình trước khi khấu trừ hoặc chi tiêu bất kỳ khoản nào. Trợ cấp Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP) không được tính là thu nhập.

\$ _____ Hàng năm hoặc \$ _____ Hàng tháng hoặc \$ _____ Hàng tuần

Địa chỉ: _____ Số đơn vị/căn hộ: _____

Thành phố: _____ Mã Zip: _____ Số điện thoại (không bắt buộc): _____

Dân tộc (chọn một): Người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh Không phải người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh

Chủng tộc (chọn một hoặc nhiều):

- Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Dân Đảo Thái Bình
 Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska Người Châu Á
 Người Da Trắng

NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN (không bắt buộc)

Người tham gia có thể chỉ định người ủy quyền ký tên và lấy thực phẩm thay họ.

Tên người được ủy quyền: _____

Số điện thoại người được ủy quyền: _____

Ngày được ủy quyền: ____/____/____ đến ____/____/____

CÒN TIẾP →

Đơn đăng ký này đang được hoàn thiện liên quan đến việc nhận hỗ trợ từ Liên Bang. Các viên chức của chương trình có thể xác minh thông tin trên mẫu này. Tôi hiểu rằng việc cố ý đưa ra thông tin sai lệch có thể khiến tôi bị truy tố theo pháp luật hiện hành của Tiểu Bang và Liên Bang. Tôi cũng hiểu rằng tôi không thể được nhận trợ cấp CSFP tại nhiều địa điểm CSFP cùng một lúc. Hơn nữa, tôi hiểu rằng thông tin tôi đã cung cấp có thể được chia sẻ với các tổ chức khác nhằm phát hiện và ngăn chặn việc tham gia trùng lặp. Tôi đã được thông báo về các quyền và nghĩa vụ của mình theo chương trình. Tôi xác nhận rằng thông tin tôi đã cung cấp để xác định tính đủ điều kiện của mình là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Tôi đã nhận được thông báo về **Quyền và Trách Nhiệm của Người Tham Gia** (Mẫu 1516). Đã nhận

Tôi cho phép tiết lộ thông tin tôi đã cung cấp trong mẫu đăng ký này cho các tổ chức khác đang quản lý các chương trình hỗ trợ để sử dụng trong việc xác định tính đủ điều kiện của tôi cho việc tham gia vào các chương trình hỗ trợ công cộng khác và cho các mục đích tiếp cận của chương trình.

(Vui lòng cho biết quyết định của quý vị bằng cách đánh dấu vào ô thích hợp.) Có Không

Chữ Ký của Người Đăng Ký hoặc Người Được Ủy Quyền: _____ **Ngày:** ___/___/_____

Theo luật dân quyền của liên bang, các quy định và chính sách dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (U.S. Department of Agriculture, hay USDA), USDA, các Cơ Quan, văn phòng, nhân viên, và các viện của ban này tham gia hoặc quản lý các chương trình của USDA, không được kỳ thị dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, phái tính, tình trạng tàn tật, tuổi tác, hay trả thù hoặc trả đũa hoạt động dân quyền trước đó trong bất cứ chương trình hay hoạt động nào do USDA thực hiện hay bảo trợ.

Người bị tàn tật cần cách giao tiếp thay thế khác để biết thông tin của chương trình (như chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn, băng ghi âm, ngôn ngữ ký hiệu của Mỹ, ...) nên liên lạc với Cơ Quan (của tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ làm đơn xin quyền lợi. Người bị điếc, khó nghe hay bị tàn tật âm ngữ có thể liên lạc với USDA qua Dịch Vụ Tiếp Âm của Liên Bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, còn có thông tin chương trình ở những ngôn ngữ khác.

Để gửi than phiền về kỳ thị, xin điền thông tin vào Mẫu Than Phiền Kỳ Thị trong Chương Trình của USDA ([USDA Program Discrimination Complaint Form](#)), AD-3027, có trực tuyến tại [How to File a Complaint](#), và ở bất cứ văn phòng nào của USDA, hoặc gửi thư đến USDA và cho biết trong thư tất cả thông tin yêu cầu trong mẫu đơn. Gọi số (866) 632-9992 để xin một mẫu đơn than phiền. Gửi mẫu đơn đã điền thông tin hoặc thư của quý vị đến USDA qua:

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

2) điện sao (fax): (202) 690-7442; hoặc (3) điện thư (email):
program.intake@usda.gov.

Cơ sở này là nơi cung cấp cơ hội bình đẳng.

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: _____



MẪU TIẾP NHẬN THÔNG TIN BỔ SUNG CỦA NGÂN HÀNG THỰC PHẨM TRUNG TEXAS (CENTRAL TEXAS FOOD BANK, CTFB)

Các câu hỏi sau là tùy chọn và sẽ không ảnh hưởng đến khả năng nhận được hỗ trợ thực phẩm của quý vị .
Nếu quý vị không muốn trả lời phần này, hãy bỏ qua những câu hỏi này và nộp mẫu đơn của quý vị .

1. Địa chỉ Email: _____

2. Quý vị nhận được hỗ trợ bổ sung nào? (Vui lòng đánh dấu tất cả các câu phù hợp)

Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)

Hỗ Trợ Tạm Thời cho Các Gia Đình Khó Khăn (TANF)

Chương Trình Quốc Gia Bữa Trưa Tại Trường (NSLP) (các bữa ăn miễn phí hoặc được giảm giá)

Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI)

Medicaid

An Sinh Xã Hội

Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Phụ Nữ Texas

Quyền Lợi dành cho Cựu Chiến Binh

Chương trình dành cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh, Trẻ Em (Women, Infants, Children, WIC)

Medicare

Khác: _____

3. Giới Tính: Nữ Nam Khác Không muốn trả lời

4. Có bao nhiêu **trẻ em (0-17 tuổi)** sống trong hộ gia đình của quý vị ? _____

5. Có bao nhiêu **người từ 60 tuổi trở lên** sống trong hộ gia đình của quý vị ? _____

6. Có bao nhiêu **cựu chiến binh** sống trong hộ gia đình của quý vị ? _____

7. Có bao nhiêu **quân nhân tại ngũ** sống trong hộ gia đình của quý vị ? _____

8. Có bao nhiêu **sinh viên đại học** sống trong hộ gia đình của quý vị ? _____

9. Ngôn ngữ ưu tiên của quý vị là gì?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Anh | <input type="checkbox"/> Tiếng Creole Haiti |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Tiếng Hindi |
| <input type="checkbox"/> Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ | <input type="checkbox"/> Tiếng Hàn Quốc |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Ả Rập | <input type="checkbox"/> Tiếng Pashtun |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Bosnia | <input type="checkbox"/> Tiếng Swahili |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Miến Điện | <input type="checkbox"/> Tiếng Tigrinya |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Tiếng Việt |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Séc | <input type="checkbox"/> Khác |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Pháp | |
-

Tiết Lộ Thông Tin về Khách Hàng của Ngân Hàng Thực Phẩm tại Trung Tâm Texas

Tôi xác nhận rằng thông tin của tôi sẽ được lưu trữ trong một cơ sở dữ liệu an toàn, Oasis Insights, và sẽ được CTFB và kho thực phẩm cung cấp sự hỗ trợ sử dụng để cải thiện các dịch vụ cung cấp cho cộng đồng của tôi và cho chính tôi. Bất kỳ báo cáo nào sử dụng dữ liệu của tôi sẽ không tiết lộ danh tính của tôi.

Bằng việc chấp thuận tiết lộ thông tin của mình, tôi đồng ý chia sẻ thông tin của mình cho Ngân Hàng Thực Phẩm tại Trung Tâm Texas (Central Texas Food Bank, CTFB) và các đối tác của họ để khiến cho việc tiếp cận với thực phẩm của tôi tại các kho thực phẩm khác nằm trong hệ thống của CTFB trở nên dễ dàng hơn. Bằng việc không chấp thuận, tôi đồng ý chỉ chia sẻ thông tin của mình cho cơ quan này và CTFB.

- ĐỒNG Ý KHÔNG ĐỒNG Ý



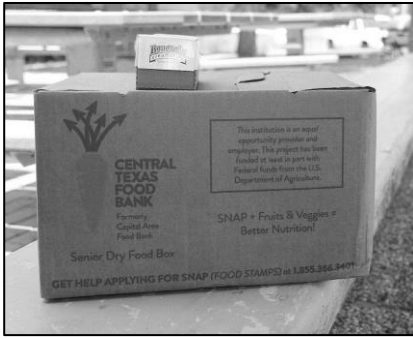
Chương Trình Hàng Hóa Thực Phẩm Bổ Sung

Quyền và Trách Nhiệm của Người Tham Gia

1. Tôi xác nhận rằng thông tin tôi đã cung cấp để xác định tính đủ điều kiện là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.
2. Các trợ cấp CSFP được cung cấp liên quan đến việc nhận hỗ trợ của liên bang. Tôi hiểu rằng việc cố ý đưa ra thông tin sai lệch có thể khiến tôi bị truy tố dân sự hoặc hình sự theo pháp luật của tiểu bang và liên bang.
3. Tôi có thể kháng cáo bất kỳ quyết định nào của kho thực phẩm hoặc ngân hàng thực phẩm liên quan đến tính đủ điều kiện tham gia CSFP của tôi. Tôi có thể gửi yêu cầu một phiên điều trần công bằng đến kho thực phẩm hoặc ngân hàng thực phẩm bằng cách cho họ biết rằng tôi muốn kháng cáo.
4. Các giới thiệu dịch vụ y tế và giáo dục dinh dưỡng sẽ được cung cấp cho tôi và tôi được khuyến khích tham gia các dịch vụ này.
5. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu giấy giới thiệu đến một địa điểm phi tôn giáo.
6. Tôi hiểu rằng việc tham gia nhận hỗ trợ tại nhiều hơn một địa điểm CSFP cùng lúc là không được phép và có thể dẫn đến việc bị truất quyền tham gia CSFP.
7. Tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo những thay đổi về thu nhập hộ gia đình, hoặc những thay đổi về thành phần trong hộ gia đình, trong vòng mười ngày.
8. Nếu được phê duyệt tham gia CSFP và liên tiếp không lấy thực phẩm theo chỉ dẫn có thể bị loại khỏi CSFP với thông báo bằng văn bản trong vòng 15 ngày.
9. Tôi hiểu rằng nếu tôi chọn một người được ủy quyền (một người thay thế) đến lấy thực phẩm của tôi, thì người được ủy quyền đó phải 1) được liệt kê là người được ủy quyền trên Đơn Đăng Ký Tham Gia của tôi hoặc trong hồ sơ của tôi, 2) xuất trình thẻ hẹn lấy thực phẩm của tôi, nếu được yêu cầu, 3) cung cấp giấy tờ tùy thân của người được ủy quyền, và 4) ký tên vào gói thực phẩm nhận được.
10. Tôi hiểu rằng thực phẩm do CSFP cung cấp là dành cho những người tham gia được cung cấp thực phẩm.
11. Tôi đồng ý tiết lộ thông tin của mình cho những đối tượng sau: 1) Nhân viên của CSFP 2) một cơ quan khác của CFSP, nếu tôi muốn chuyển địa điểm tham gia; 3) các chương trình y tế hoặc phúc lợi khác, để ngăn chặn việc tham gia trùng lặp; 4) Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA); 5) Sở Nông Nghiệp Texas (TDA); 6) kho thực phẩm; hoặc 7) ngân hàng thực phẩm.
12. Tôi đã được thông báo về các quyền và nghĩa vụ của mình theo CSFP.
13. Tôi hiểu rằng tôi không được bán cũng như không được trao đổi Thực Phẩm của USDA để lấy các mặt hàng không phải thực phẩm.
14. Tôi hiểu rằng bạo hành thể chất hoặc đe dọa bạo hành thể chất đối với nhân viên của CSFP là vi phạm quy định của chương trình. Việc tham gia CSFP của tôi có thể bị chấm dứt vì điều này và vì các vi phạm chương trình khác.

Tổ chức này là một nhà cung cấp cơ hội bình đẳng.

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.

