

参与者申请书

商品补充食品计划 (CSFP)

姓名: _____

出生日期: _____ / _____ / _____ 家庭人口数: _____

CSFP 收入申请资格 准则

自2024年2月6日起生效

根据联邦贫困准则的 130% 计算			
家庭人口数	每年	每月	每周
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
每多一个人就增加:	\$6,994	\$583	+\$135

请列出所有家庭成员的总收入，不包括任何扣减或开支。SNAP 福利不算作收入。

\$ _____ 每年 或 \$ _____ 每月 或 \$ _____ 每周

地址: _____ 单元/公寓房号: _____

城市: _____ 邮编: _____ 电话号码(可选填): _____

族群(选择一项): 西班牙裔或拉丁裔 非西班牙裔或拉丁裔

种族(选择一项或多项):

 黑人或非裔美国人 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亚裔 白人

代理授权(选填)

参加者可指定代理人，由其代为签字和领取食物。

代理人姓名: _____

代理人电话: _____

代理授权日期: _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____

在背面继续 

本申请是在接受联邦援助的情况下填写的。项目官员可能会核实本表上的信息。我知道，根据适用的州和联邦法规，故意虚假陈述可能使我受到起诉。我了解，我不能同时在一个以上的 CSFP 站点领取 CSFP 福利。此外，我知道所提供的信息可能会与其他组织共享，以检测和防止双重参与。我已被告知我在该计划下的权利和义务。我证明为确定我的资格所提供的信息，据我所知是准确的。

我已经收到关于我的参与者权利和责任的通知 (1516 表)。 是

我授权将本申请表中提供的资料与其他管理援助计划的组织分享，以用于确定我参与其他公共援助计划的资格和计划外展。

(请在适当的方框内打勾说明决定。) 是 否

申请人或 代理人的 签名: _____ 日期: _____ / _____ / _____

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)的公民权利法规及政策，美国农业部及其机构、办事处、员工以及参与或管理农业部计划的机构均被禁止在由农业部执行或资助的任何计划或活动中基于种族、肤色、国籍、性别、残疾、年龄进行歧视，或是对以往的民权活动进行打击报复。

那些需要以替代性通讯手段（如盲文、大字版本、录音带、美国手语等）获取计划信息的残疾人士应与他们申请福利的（州或地方）机构联络。那些耳聋、有听力困难或语言障碍的人士可通过联邦中继服务号码(800)877-8339 与美国农业部联络。此外，计划信息还有其它语言版本。

欲提交有关计划的歧视投诉，请到该网页([How to File a Complaint](#))和农业部的任何一家办事处填写 [《美国农业部计划歧视投诉表格》](#) (表格 AD-3027) ，或是写信给美国农业部并在信中提供该表格所要求的所有信息。若需该投诉表副本，请致电(866)632-9992。请将填好的表格或写给农业部的信件送至：

- (1) 信件: U.S. Department of Agriculture
- (2) 传真: (202)690-7442; 或
- (3) 电子邮 program.intake@usda.gov

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

本机构向所有人士提供均等机会。

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: _____



CTFB 补充资料接收表

以下问题是可选的，不会影响您获得食品援助。

如果您不愿意回答这一部分，可忽略这些问题并提交表格。

1. 电子邮件地址: _____
2. 您还接受哪些额外援助？（请勾选所有适用的选项）

<input type="checkbox"/> 补充营养援助计划 (SNAP)	<input type="checkbox"/> 德州妇女健康计划 (Texas Women's Health Program)
<input type="checkbox"/> 贫困家庭临时援助 (TANF)	<input type="checkbox"/> 退伍军人福利
<input type="checkbox"/> 全国学校午餐计划 (NSLP) (免费或减价餐)	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> 补充社保收入 (SSI)	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> 其他: _____
<input type="checkbox"/> 社会保障 (Social Security)	
3. 性别: 女 男 其他 不想回答
4. 您家有几个孩子 (0-17 岁)? _____
5. 您家有几位 60 岁及以上的人? _____
6. 您家有几名退伍军人? _____
7. 您家有几名现役军人? _____
8. 您家有几名在读大学生? _____

9. 您的首选语言是什么？

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英语 | <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙语 | <input type="checkbox"/> 印地语 |
| <input type="checkbox"/> 美国手语 | <input type="checkbox"/> 韩语 |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 | <input type="checkbox"/> 普什图语 |
| <input type="checkbox"/> 波斯尼亚语 | <input type="checkbox"/> 斯瓦希里语 |
| <input type="checkbox"/> 缅甸语 | <input type="checkbox"/> 提格里尼亚 |
| <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 越南语 |
| <input type="checkbox"/> 捷克语 | <input type="checkbox"/> 其他 |
| <input type="checkbox"/> 法语 | |
-

德克萨斯州中部食品银行客户信息发布

我知悉我的信息将存储在安全数据库 Oasis Insights 中，并由 CTFB 和相关的食品银行用来完善为我和我的社区所提供的服务。任何使用我的数据所做的报告都不会透露我的身份。

选择同意发布我的信息，我同意与德克萨斯州中部食品银行（CTFB）和它的合作伙伴分享我的信息，使我更容易在 CTFB 网络中的其他食品银行获得援助。若选择不同意发布我的信息，我仅同意与该机构和 CTFB 分享我的信息。

- 同意 不同意

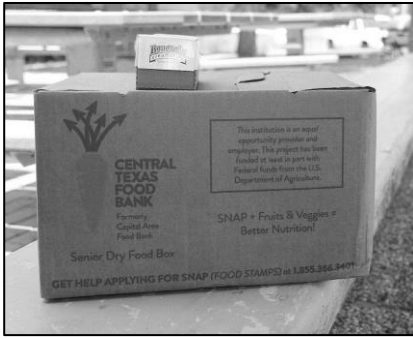


商品补充食品计划
参与者的权利和责任

1. 本人证明本人为确定资格所提供的信息在本人所知的范围内是正确的。
2. CSFP 福利是在接受联邦援助的情况下提供的。我明白，根据州和联邦法律，故意作假陈述可能使我受到民事或刑事起诉。
3. 我可以对食品储藏室 (food pantry) 或食品银行 (food bank) 就我获得 CSFP 资格的任何决定提出申诉。我可以向对食品储藏室 (food pantry) 或食品银行 (food bank) 提出公平听证的请求，告诉他们我想申诉。
4. 将向我提供健康服务转介和营养教育，并鼓励我参与这些服务。
5. 我了解我可以要求转介到非宗教场所。
6. 我了解不允许同时参加一个以上的 CSFP 站点，这可能会导致取消 CSFP 的资格。
7. 我了解我必须在十天内报告家庭收入的变化，或家庭组成的变化。
8. 如果被批准参加 CSFP，连续不按指示领取食物，可能会被取消 CSFP 资格，并被提前 15 天书面通知。
9. 我了解，如果我选择派代理人(另一个人)来领取我的食物，该代理人必须：1) 在我的参与申请书或我的档案中被列为代理人，2) 出示我的预约卡，如果被要求的话，3) 提供他或她的身份证明，4) 签收食物包。
10. 我了解 CSFP 提供的食物是为参与者提供的。
11. 我同意向以下人员发布信息：1) CSFP 工作人员 2) 其他 CFSP 机构，如果我想转会的话；3) 其他健康或福利计划，以防止双重参与；4) USDA；5) TDA；6) 食品储藏室 (food pantry)；或 7) 食品银行 (food bank)。
12. 我已被告知我在 CSFP 的权利和义务。
13. 我明白我不得将 USDA 的食品出售或交换为非食品。
14. 我了解，对 CSFP 工作人员进行身体虐待或威胁进行身体虐待是违反计划的行为。我可能会因此和其他违反计划的行为而被终止参加 CSFP。

本机构是一个提供平等机会的机构

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.

