

PROGRAM TARGI ROLNE DLA SENIORÓW (SFMNP) ANKIETA I POŚWIADCZENIE DOCHODÓW

Lokalny Urząd Pomocy Seniorom: Bergen County Division of Senior Services

Data: ____ / ____ / 2024

Miejsce Złożenia Ankiety: _____

Dane Rodziny:

Liczba Domowników: ____ Miesięczny Dochód: \$ _____ Check if Mailing Address Different

Adres: _____ Miasto _____ Kod _____

Tel.: _____ Mobilny Domowy Email: _____

* Jeśli Bezdomy, proszę przedstawić jeden dowód tożsamości:

Prawo Jazdy Akt Urodzenia List od Social Security Inny Dokument _____

Pierwszy Aplikant - Głowa Domu

Nazwisko _____ Imię _____ DI _____

Data Urodzin _____ Język: _____ Miesięczny Dochód: \$ _____

Przynależność Etniczna:

- Latynos
- Nie Latynos

Płeć:

- Męska
- Żeńska

Przynależność Rasowa:

- Indiańska / Alaskańska
- Azjatycka
- Czarna / Afroamerykańska
- Hawajska / Pacyficzna
- Biała

Dowód Tożsamości:

- Akt Urodzenia
- Prawo Jazdy
- Dokumenty z Emigracji
- Dokumenty Medyczne
- Inny Dokument: _____

Samokwalifikacja:

- Medicaid
- SNAP (Food Stamps)
- CSFP
- SSI

Inne Poświadczenia Dochodów:

- Samodeklaracja Dochodów: \$ _____ per month
- Wyciąg z Konta Bankowego
- Zasiłek dla Bezrobotnych
- Emerytura Social Security
- List od Pracodawcy
- W-2, zeszłoroczna
- List podpisany przez Wiarygodną Osobę Trzecią
- Odcinek Wypłaty
- Renta Chorobowa

Drugi Aplikant - Współmałżonek/Partner

Nazwisko _____ Imię _____ DI _____

Data Urodzin _____ Język: _____ Miesięczny Dochód: \$ _____

Przynależność Etniczna:

- Latynos
- Nie Latynos

Płeć:

- Męska
- Żeńska

Przynależność Rasowa:

- Indiańska / Alaskańska
- Azjatycka
- Czarna / Afroamerykańska
- Hawajska / Pacyficzna
- Biała

Dowód Tożsamości:

- Akt Urodzenia
- Prawo Jazdy
- Dokumenty z Emigracji
- Dokumenty Medyczne
- Inny Dokument: _____

Samokwalifikacja:

- Medicaid
- SNAP (Food Stamps)
- CSFP
- SSI

Inne Poświadczenia Dochodów:

- Samodeklaracja Dochodów: \$ _____ per month
- Wyciąg z Konta Bankowego
- Zasiłek dla Bezrobotnych
- Emerytura Social Security
- List od Pracodawcy
- W-2, zeszłoroczna
- List podpisany przez Wiarygodną Osobę Trzecią
- Odcinek Wypłaty
- Renta Chorobowa

Złóż wniosek osobiście w wybranych punktach dystrybucji; emailem: seniors@co.bergen.nj.us lub drogą pocztową:
Bergen County Division of Senior Services, One Bergen County Plaza, 2nd Floor, Hackensack, NJ 07601, SFMNP
Dodatkowe informacje: www.co.bergen.nj.us/division-of-senior-services/nutrition lub pod tel. 201-336-7400.

To Be Completed by BC DSS Staff Member Only.

Household ID

Approved by:

Date:

PROGRAM TARGI ROLNE DLA SENIORÓW (SFMNP) ANKIETA I POŚWIADCZENIE DOCHODÓW

SFMNP: PRAWA I OBOWIĄZKI

- Świadczenia SFMNP można pobrać w miejskim lub okręgowym biurze pomocy seniorom tylko jeden raz w roku.
- Oświadczam, że nie będę ubiegać się o świadczenia SFMNP w innym, miejskim lub okręgowym biurze pomocy seniorom.
- Potwierdzam, że rozumiem zasady programu SFMNP, oraz że informacje przedstawione przeze mnie w ankiecie są zgodne z prawdą
- Rozumiem, że biuro stanowe, okręgowe i miejskie ma prawo do potwierdzenia wiarygodności moich informacji.
- Rozumiem, że za nie przestrzeganie Praw i Obowiązków uczestnika SFMNP mogę zostać zdyskwalifikowany(a) i że może się to wywołać z konsekwencje dyscyplinarne oraz dyskwalifikację w następnym roku.
- Rozumiem, że Okręgowe lub miejskie biuro pomocy seniorom ułatwia mi dostęp do usług i edukacji związanych ze zdrowiem in odżywianiem i zachęca mnie do korzystania z nich.

Udział w programie SFMNP jest zarezerwowany wyłącznie dla osób, które mają ukończone 60 lat, których dochód jest równy lub nie przekracza wartości zawartych w poniższej tabeli.

Tabela Kwalifikujących Dochodów (Ważne od 5-1-2024 do 6-30-2025)

48 Stanów sąsiadujących ze sobą, D.C., Guam i Terytoria

Osoby w Rodzinie	Rocznie	Miesięcznie	Dwa Razy w Miesiącu	Dwutygodniowo	Tygodniowo
<input type="checkbox"/> 1	\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 1,161	\$ 1,072	\$536
<input type="checkbox"/> 2	37,814	3,152	1,576	1,455	728
<input type="checkbox"/> 3	47,767	3,981	1,991	1,838	919
<input type="checkbox"/> 4	57,720	4,810	2,405	2,220	1,110
Dodatkowa Osoba	+\$9,953	\$830	+\$415	+\$383	+\$192

Swoim podpisem potwierdza, że zapoznałem się z powyższą tabelą kwalifikujących dochodów, oraz że moje dochody mieszczą się w odpowiednich granicach zależnie od liczby osób w mojej rodzinie; że mieszkam w Hrabstwie Bergen i mam ukończone 60 lat. Jestem świadom przewidzianych regulaminem kar za poświadczenie nieprawdy.

Poniższym podpisem potwierdzam, że zapoznałem się Prawami i Obowiązkami oraz Kryteriami Kwalifikującymi uczestnictwo w programie SFMNP, oraz że informacje podane w tym wniosku są zgodne z prawdą i dokładne.

_____	_____	____/____/2024
Imię Głowy Rodziny (Drukuj)	Podpis	Data
_____	_____	____/____/2024
Imię Współmałżonka/Partnera (Drukuj)	Podpis	Data
_____	_____	____/____/2024
Upoważniony Przedstawiciel Rodziny (Drukuj)	Podpis	Data

Zgodnie z federalnym prawem obywatelskim oraz regulaminem i polityką związaną z prawami obywatelskimi w Departamencie Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA), w instytucji tej zabroniona jest dyskryminacja z powodu rasy, koloru skóry, pochodzenia, płci (w tym tożsamości płciowej i seksualnej orientacji), niepełnosprawności, wieku, jak i represja i akcje odwetowe za poprzednie czynności związane z prawami obywatelskimi. Informacje o programie mogą być dostępne w językach innych niż angielski. Osoby niepełnosprawne, które wymagają innych metod komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (n.p. język Braille, duża czcionka, taśma audio, amerykański język migowy), powinny skontaktować się ze odpowiednią stanową lub lokalną agencją, która prowadzi program lub z USDA's TARGET Center pod numerem (202) 720-2600 (głosowy oraz TTY) lub skontaktować się z USDA poprzez telekomunikacyjną usługę przekazywania (Federal Relay Service) pod numerem (800) 877-8339. W celu złożenia skargi dotyczącej dyskryminacji w programie, osoba skarżąca się powinna wypełnić formularz AD-3027, Formularz skargi na dyskryminację w programie USDA, który można uzyskać na stronie internetowej pod adresem: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-polish.pdf>, w każdym biurze USDA, lub telefonicznie dzwoniąc pod numer (866)-632-9992, lub też wysyłając list do USDA. List musi zawierać imię i nazwisko skarżącego się, adres, numer telefonu oraz pisemny opis domniemanej czynności dyskryminującej, podając asystentowi sekretarza do spraw praw człowieka (ASCR) wystarczające informacje zawierające naturę i datę domniemanej dyskryminacji praw człowieka. Wypełniony formularz AD-3027 lub list musi zostać złożony do USDA w jeden z następujących sposobów:

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

(2) fax: (833) 256-1665 lub (202) 690-7442; lub

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

Instytucja przestrzega zasady równych szans.