



2024-2025 注册表

仅供食品储藏室使用



标语牌

会员#:

尿片银行#:

SL

TH

MS

HS

身份验证(INT)

你是否居住在萨斯奎汉纳镇？

是 ☐

否 ☐

请勿填写
此表格

请清晰填写以下内容

姓名: _____

电话: _____

地址: _____ 邮编: _____

我们是否可以给你发送短信？ 是 ☐ 否 ☐

电子邮件: _____

你是否可以上网？ 是 ☐ 否 ☐

你居住在: 独栋住宅 ☐ 公寓 ☐ 酒店 ☐ 救济站 ☐ 和朋友/家人一起住 ☐ 其它: _____

你所在住所共居住多少人: _____ 0-17 岁的人数: _____ 18-59 岁: _____ 60 岁以上: _____

请清晰填写你的住所的每个人的姓名、生日和年龄: (包括你)

名	姓	生日(月/日/年)	年龄	萨斯奎汉纳镇学区学生
1. _____	_____	_____	_____	☐
2. _____	_____	_____	_____	☐
3. _____	_____	_____	_____	☐
4. _____	_____	_____	_____	☐
5. _____	_____	_____	_____	☐
6. _____	_____	_____	_____	☐
7. _____	_____	_____	_____	☐
8. _____	_____	_____	_____	☐

如有需要请在表格背面添加更多人。

请圈出你在家中使用的所有语言:

English

नेपाली

español

اردو

ਪੰਜਾਬੀ

中文

हिंदी

русский

العربية

tiếng Việt

Kreyòl Ayisyen

Bosna

ગુજરાતી

其它: _____

你的种族: (此信息有助于我们申请补助经费)

白人 ☐

非裔美国人 ☐

亚洲人 ☐

夏威夷原住民/太平洋岛民 ☐

美国印第安人/阿拉斯加人 ☐

饮食需求

请勾选你不吃的食物：



NO BEEF ☐



NO PORK ☐



NO CHICKEN ☐



NO FISH ☐



NO CANS ☐



NO MILK ☐



NO EGGS ☐



NO CHEESE ☐

不吃牛肉 不吃猪肉 不吃鸡肉 不吃鱼类 不吃罐头食品 不吃奶制品 不吃蛋类 不吃奶酪

请勾选你的饮食需求：



HALAL MEAT ONLY OTHERWISE: YES ☐

只吃清真肉类



只吃清真食品

YES ☐



YES ☐

素食主义者



YES ☐

严格素食主义者

无饮食限制：

☐

请列出所有食物过敏原： _____

我们尽量基于宗教、文化和健康原因来满足不同的饮食需求。我们可能还会提供无麸质、低盐、低糖食品和其它饮食需求；如有需要请询问工作人员。

其它需求

1. 你想和学校社工联系获得帮助吗？ 是 ☐ 否 ☐
2. 你目前是否接收 SNAP 福利?(补充营养援助计划) 是 ☐ 否 ☐
如果没有，你想要更多地了解如何通过SNAP获得免费食物吗？ 是 ☐
3. 你需要成人纸尿裤吗？ 是 ☐ 否 ☐ 4. 你是一位退伍军人吗？ 是 ☐ 否 ☐

你是如何得知 HANNA's Pantry 的?

社交媒体 ☐ 食品储藏室网站 ☐ 学校 ☐ 镇新闻简报 ☐
高中数字签名 ☐ 朋友 ☐ 宾夕法尼亚中央食品库 ☐

如果你生病或者无法领取食物

你可以授权一位代理人，也称为替代者或者后备人为你领取食物 - 只需在下面列出他/她的名字即可。如果你无法亲自领取食物，此人可替代你！确保你同时在 USDA 表格背面列出他/她的名字。

代理人姓名：_____ 代理人签名：_____ 身份核查日期：_____

认证声明与责任免除

我声明尽我所知提供正确的信息。我理解我领取的食物或商品无需付费或捐赠。我同意我不会将从 HANNA's Pantry, Inc. 领取的任何东西进行售卖、换取钱财或服务。

我在此声明，免除 Hanna's Pantry, Inc. 及其员工、志愿者和捐赠者因分发食品和产品而产生的任何责任，并同意不因本食品分发项目的实施而对其提起任何法律或道德上的责任、损害、损失、索赔、诉讼、不公平或其他义务。Hanna's Pantry, Inc. 是一个平等机会的提供者。

你的签名 _____ 日期 _____

2024-2025

尿片申领注册表

会员#: _____
尿片银行#: _____
尿片银行#: _____
尿片银行#: _____

HANNA's Pantry 同时和 Healthy Steps 尿片银行合作. 它为食品储藏室幼儿会员每月提供一次尿片, 无需你或 HANNA's Pantry 支付任何费用。

申领免费尿片的条件:

- 1) 儿童必须为3岁或以下年龄。
- 2) 儿童必须居住在你的家中。
- 3) 按照 Healthy Steps Diaper Bank 的要求, 你必须提供每位儿童的以下所有信息。
- 4) 你和你的孩子必须注册成为食品储藏室会员后才能为你的孩子申领尿片。
- 5) 你在填写此表的当天不能领取尿片, 而是在下一个尿片领取日开始领取。

如果你的孩子需要更大尺寸的尿片, 请在下一个领取日**之前**告知我们, 否则的话你将无法领取到新尺寸的尿片。请给我们打电话、发短信或者邮件。资讯邮件上有我们的联系方式。

儿童#1

姓名: _____ 生日 (月/日/年): _____ 尿片尺寸: _____ 体重: _____

性别: 男 ☐ 女 ☐ 族裔: 西班牙裔或拉丁裔 ☐ 非西班牙裔或拉丁裔 ☐ 未知 ☐

种族: 美国印第安人/阿拉斯加人 ☐ 亚洲人 ☐ 非洲人 ☐ 夏威夷原住民/太平洋岛民 ☐ 白人 ☐ 未知 ☐

儿童#2

姓名: _____ 生日 (月/日/年): _____ 尿片尺寸: _____ 体重: _____

性别: 男 ☐ 女 ☐ 族裔: 西班牙裔或拉丁裔 ☐ 非西班牙裔或拉丁裔 ☐ 未知 ☐

种族: 美国印第安人/阿拉斯加人 ☐ 亚洲人 ☐ 非洲人 ☐ 夏威夷原住民/太平洋岛民 ☐ 白人 ☐ 未知 ☐

如果你有两个以上的孩子, 请领取另外一份表格!

其它需求

1. 你的孩子是否有需要使用尿片的医疗状况记录? 是 ☐
2. 你和你的孩子目前是否已注册 WIC? (妇女, 婴儿, 儿童) 是 ☐ 否 ☐
如果没有, 你是否想进一步了解 WIC 提供的免费资源? 是 ☐



儿童 (0-17)

成年人

老年人 (60岁及以下)

粮食补助局

紧急粮食补助项目

"自我需求宣言"

2024年7月1日至2025年6月30日

收件人姓名

机构代表签名日期

HANNA's Pantry

#11081

街道地址

分发站名称

编号

Susquehanna Twp. High School

城市状态邮编

分发站点位置

紧急粮食补助项目是按照美国农业部（USDA）的政策运作的，该政策禁止出现任何基于种族、肤色、民族、性别、年龄或残疾的歧视。其有关资格基于以下收入准则。受款人请在适用于其家庭人口大小的整行划圈以示其了解他们必须处于或低于表示有资格享受计划福利的收入水平。

家庭总收入（基于贫困线的 185% ）						
家庭大小	请在1上划圈		年收入	月度收入		周收入
	1	\$	27,861	\$	2,322	\$ 536
	2	\$	37,814	\$	3,151	\$ 728
	3	\$	47,767	\$	3,981	\$ 919
	4	\$	57,720	\$	4,810	\$ 1,110
	5	\$	67,673	\$	5,640	\$ 1,302
	6	\$	77,626	\$	6,469	\$ 1,493
	7	\$	87,579	\$	7,299	\$ 1,685
	8	\$	97,532	\$	8,128	\$ 1,876
每增加一个额外的家庭成员请加上:			\$9,953	\$830		\$192

本人理解对于家庭收入是有所限制的，并在此证明本人的家庭规模和收入使本人有资格参加该项目。本人在此还证明，于今天算起，本人的家庭生活住在宾夕法尼亚州紧急粮食补助项目所服务的地区。这份认证表格是与接受联邦补助有关的。

本人知道，作出虚假陈述可能导致本人不得不支付不当发给本人的食品补贴的额度，并可能根据州和联邦法律对本人进行刑事起诉。

受益人签名

日期

Return completed form to your designated county agency. If you are unsure of the correct agency,

请将完成的表格返回指定给您的郡机构。如果您不确定正确的机构，请致电1-800-468-2433联系本局。

Please call the Bureau at 1-800-468-2433.

此表单不得以任何方式变更或更改。

有关美国农业部重要的非歧视声明，请参阅本文件的反面。

美国农业部非歧视声明

根据联邦民权法和美国农业部（USDA）

民权法规和政策，美国农业部及其机构、办事处、员工以及参与或管理美国农业部项目的机构不得基于种族、肤色、民族血统、性别、残疾、年龄或报复或报复美国农业部进行或资助的任何项目或活动中的先前民权活动。

需要其他替代通讯方式获取有关项目的信息（如盲文、大字、录音带、美国手语等）的残疾人应与申请福利的机构（州或地方）联系。聋人、听力困难或有语言障碍的个人可拨打（800） 877-8339

通过联邦接机服务联系美国农业部。此外，有关项目信息可以以英语以外的语言提供。

要提交项目歧视投诉表，请完成USDA Program Discrimination Complaint Form(美国农业部项目歧视投诉表)，在线找到在http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html，并在任何美国农业部办公室，或写一封信给美国农业部，并在信中提供所有要求的信息的形式。如要索取投诉表格的副本，请致电（866） 632-9992。通过以下方式向美国农业部提交已填写的表格或信件：

- (1) 邮寄方式：U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 传真: (202)690-7442; or
- (3) 电子邮件: program.intake@usda.gov.

该机构是公平机会的提供者。

紧急食品补助项目	
宾州TEFAP代理表	
Date _____	
本人_____ 现在此授权 _____ 谨代表本人领取 TEFAP粮食包且将其转交给本人。	
客户签名 _____	☐ 代理人签名
食品发放点代表 _____	☒ 已验证的代理人ID