



२०२४-२०२५
दर्ता फारम

Pantry Use Only



PLACARD:

MEMBER #: _____



DIAPER BANK#: _____

SL ☐

TH ☐

MS ☐

HS ☐

ID VERIFIED (INT) _____

के तपाईं
सस्केहाना टायनसिपमा बस्नुहुन्छ?

कृपया सफा सँग तल लेख्नुहोस्

छ ☐

छैन ☐

यो

फारम

नभर्नुहोस्

तपाईंको नाम: _____

फोन: _____

ठेगाना: _____ जप कोड: _____

के हामी तपाईंलाई टेक्स्ट मेजेस पठाउन सक्छौं? हुन्छ ☐ हुदैन ☐

ईमेल: _____

तपाईं सँग इन्टरनेटको सुविधा छ? छ ☐ छैन ☐

तपाईं कहाँ मा बस्नुहुन्छ: घर ☐ अपार्टमेन्ट ☐ होटेल ☐ सेल्टर ☐ साथी/परिवार सँग ☐ अन्य: _____

तपाईंसँग कति जना मान्छे बस्छन्: _____ कति जना निम्न उमेरका छन्: ०-१७ वर्ष: _____ १८-५९ वर्ष: _____ ६०+ वर्ष: _____

तपाईंको ठेगानामा बस्ने सबैजनाको नाम, जन्म मिति, र उमेर लेख्नुहोस्: (तपाईंको सहित)

पहिलो नाम	थर	जन्म मिति (महिना/ दिन/ साल)	उमेर	STSD विद्यालयमा जान्छ
1. _____	_____	_____	_____	☐
2. _____	_____	_____	_____	☐
3. _____	_____	_____	_____	☐
4. _____	_____	_____	_____	☐
5. _____	_____	_____	_____	☐
6. _____	_____	_____	_____	☐
7. _____	_____	_____	_____	☐
8. _____	_____	_____	_____	☐

आवश्यक अनुसार अतिरिक्त व्यक्तिहरू थप्न फारमको पछाडि लेख्नुहोस्।

तपाईंको घरमा बोलिने सबै भाषाहरूमा गोलो चिन्ह लगाउनुहोस्:

अग्रे जी नेपाली español اردو
पंजाबी 中文 ह हिंदी русский
العربية tiếng Việt Kreyòl Ayisyen
Bosna ગુજરાતી Other: _____

तपाईंको जाति: (अनुदान कोषको लागि आवेदन गर्दा यो जानकारीले हामीलाई सहयोग गर्न सक्छ)

सेतो ☐ कालो वा अफ्रिकन अमेरिकन ☐ एसियन ☐ नेटिभ हवाईन/प्यासिफिक आइल्यान्डर ☐ अमेरिकन इन्डियन/अलास्कन ☐

खानाको आवश्यकताहरू

तपाईंले नखाने सबै खानाहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्



हामीले धार्मिक, सांस्कृतिक, र स्वास्थ्य कारणलाई ध्यानमा राखेर खानाको प्रतिबन्धहरू समायोजन गर्न प्रयास गर्छौं। ग्लुटेन नभएको, कम नुन/चिनिका वस्तुहरू र अन्य आहार सम्बन्धका आवश्यकताहरू पनि उपलब्ध हुन सक्छ, यदि आवश्यकता भए कृपया सोध्नुहोस्।

यदि खानुहुन्छ भने चिन्ह लगाउनुहोस्:



खानाको प्रतिबन्धहरू छैन:



खानाको एलर्जीहरू कृपया लेख्नुहोस्: _____

अन्य आवश्यकताहरू

1. सहायताको लागि के तपाईं विद्यालयको सामाजिक कर्मचारीसँग भेट्न चाहानुहुन्छ? छ ☐ छैन ☐
2. तपाईंले अहिले SNAP फाइदाहरू पाइरहेको छ? (पूर्व पोषण सहायता कार्यक्रम) छ ☐ छैन ☐
यदि छैन भने, के तपाईं SNAP को द्वारा सितैमा खाना पाउने सुविधाको बारेमा थप जान्न चाहानुहुन्छ? छ ☐
3. के तपाईंलाई वयस्कको डाइपरको आवश्यकता छ? छ ☐ छैन ☐ 4. के तपाईं भेरेरन् हो? हो ☐ होइन ☐

तपाईंले ह्यानाको प्यान्ट्रिको बारेमा कसरी थाहा पाउनुभयो?

सामाजिक संजाल ☐ प्यान्ट्रिको वेबसाइट ☐ विद्यालय ☐ टाउनसीपको समाचारपत्र ☐
उच्च विद्यालयमा डिजिटल साइन ☐ साथी ☐ सेन्ट्रल पेन्सिलभेनिया फुड बैंक ☐

यदि तपाईं बिरामी हुनुहुन्छ र वितरणमा भाग लिन सक्नुहुन्न भने

तपाईंले प्रक्सीलाई, सहायक वा व्याकअप व्यक्ति पनि भनिन्छ, तपाईंको तर्फबाट गोप्यरी उठाउन अनुमति दिन सक्नुहुन्छ - खाली उनीहरूको नाम तल लेख्नुहोस्। त्यसपछि यदि तपाईं वितरणमा आउन सक्नुभएन भने, तपाईंको तर्फबाट यी व्यक्ति आउन सक्नुहुन्छ! यी व्यक्तिहरूलाई **USDA** फारमको पछाडि सूचि गर्न पनि नभुल्नुहोला।

प्रक्सीको नाम: _____ प्रक्सीको हस्ताक्षर: _____ ID जाँचको मिति: _____

प्रमाणिकरण कथन र दायित्वको रिलीज

म प्रमाण गर्छु कि मैले प्रदान गरेको जानकारीहरू मेरो ज्ञानको अनुसार सही छ। मैले प्राप्त गर्ने खाना वा उत्पादनहरूको लागि कुनै पनि भुक्तानी वा डोनेसनको आवश्यकता छैन भनेर मैले बुझ्नेछु। म सहमत गर्छु कि ह्यानाको प्यान्ट्रिबाट मैले प्राप्त गर्ने सामानहरूलाई सम्पत्ति वा सेवाको सट्टाको लागि म बेच्ने छैन।

म ह्यानाको प्यान्ट्रि, यसका कर्मचारीहरू, भलुन्टरहरू, र डोनेटरहरूलाई बाडिएको खाना र उत्पादनको परिमाणस्वरूपको दायित्वबाट मुक्त गर्दछु र खाना वितरण कार्यक्रमको कार्यान्वयनको क्रममा कुनै पनि कार्यको श्रेयबाट उत्पन्न हुने सबै दायित्वहरू, क्षतिहरू, नोक्सानहरू, दावीहरू, कारवाहीका सबै कारणहरू र कानूनका मुद्दाहरू वा असमानताहरू विरुद्ध हानिरहित राख्न सहमत छु। ह्यानाको प्यान्ट्रि एक समान अवसर प्रदायक हो।

तपाईंको हस्ताक्षर _____ मिति _____

२०२४-२०२५ डाइपर दर्ता फारम

सदस्य #: _____
डाइपर बैक #: _____
डाइपर बैक #: _____
डाइपर बैक #: _____

ह्यानाको प्यान्ट्रको हेल्थि स्टेप्स डाइपर बैकसँग साक्षेदारी छ। यिनीहरुले साना प्यान्ट्रका बच्चाहरुलाई महिनामा एक चोटि, निःशुल्क तपाईंलाई वा ह्यानाको प्यान्ट्रलाई, डाइपर प्रदान गर्दछ।

निःशुल्क डाइपर प्राप्त गर्न:

- तपाईंको बच्चा ३ वर्ष वा कम उमेरको हुनुपर्छ।
- बच्चा तपाईंको घरमा बसेको हुनुपर्छ।
- हेल्थि स्टेप्स डाइपर बैकको अनुरोध अनुसार, तपाईंले प्रत्येक बच्चाको सबै जानकारी तल प्रदान गर्नुपर्नेछ।
- तपाईं र तपाईंको बच्चा डाइपर मगाउनु अगाडि प्यान्ट्रका सदस्यका रूपमा दर्ता हुनुपर्छ।
- तपाईंले यो फारम भरेको दिनमा डाइपर प्राप्त गर्नुहुन्ना तपाईंले अर्को डाइपर वितरण डाइपर पाउनुहुनेछ।

जब तपाईंको बच्चा नयाँ डाइपर साइसमा पुग्छ, कृपया हामीलाई अर्को वितरण अघि नै थाहा दिनुहोस् अन्यथा तपाईंले नयाँ साइजको डाइपर प्राप्त गर्नुहुन्ना हामीलाई फोन, टेक्स्ट, वा ईमेल गर्नुहोस् हाम्रो सम्पर्क जानकारी समाचारपत्रमा सधैं हुनेछ।

बच्चा #१

नाम: _____ जन्म मिति (महिना/दिन/साल): _____ डाइपर साइज: _____ तौल: _____

लिंग: पुलिङ्ग ☐ स्त्रीलिंग ☐ जातिय: हिस्प्यानिक वा लाटिनो ☐ हिस्प्यानिक वा लाटिनो हैन ☐ थाहा छैन ☐

जाति: अमेरिकन इन्डियन/अलास्कन ☐ ऐसियन ☐ ब्याक ☐ नेटिभ हवाईन/प्यासिफिक आइल्यान्डर ☐ व्याइट ☐ थाहा छैन ☐

बच्चा #२

नाम: _____ जन्म मिति (महिना/दिन/साल): _____ डाइपर साइज: _____ तौल: _____

लिंग: पुलिङ्ग ☐ स्त्रीलिंग ☐ जातिय: हिस्प्यानिक वा लाटिनो ☐ हिस्प्यानिक वा लाटिनो हैन ☐ थाहा छैन ☐

जाति: अमेरिकन इन्डियन/अलास्कन ☐ ऐसियन ☐ ब्याक ☐ नेटिभ हवाईन/प्यासिफिक आइल्यान्डर ☐ व्याइट ☐ थाहा छैन ☐

यदि तपाईंसँग २ वटा भन्दा बढी बच्चाहरु छन् भने, कृपया अर्को फारम मागनुहोस्!

अन्य आवश्यकताहरु

१. के तपाईंको बच्चालाई डाइपर चाहिने दस्तावेज गरिएको चिकित्सा अवस्था छ? ☐
२. के तपाईं वा तपाईंको बच्चा अहिले **WIC** मा भर्ना भएको छ? (बमेन, इन्फेन्ट, चिल्ड्रेन) ☐ छैन ☐
- यदि छैन भने, के तपाईं WIC मार्फत निःशुल्क श्रोतहरुको बारेमा थप जानकारी प्राप्त गर्न चाहानुहुन्छ? ☐

खाद्य सहायता ब्यूरो

आपतकालीन खाद्य सहायता कार्यक्रम (TEFAP)

"आवश्यकताको आत्मघोषणा"

जुलाई 1, 2024 देखि जून 30, 2025 सम्म प्रभावकारी

प्राप्तकर्ताको नाम	एजेन्सीका प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	मिति
	HANNA's Pantry	#11081
सडकको ठेगाना	वितरणका साइटको नाम	नम्बर
	Susquehanna Twp. High School	
शहर राज्य जिप	वितरण साइटको स्थान	

आपतकालीन खाद्य सहायता कार्यक्रम संयुक्त राज्य कृषि विभाग (USDA) नीतिअनुसार संचालित हुन्छ जसले जाति, रंग, राष्ट्रिय मूल, लिंग, उमेर वा अक्षमताको आधारमा भेदभावको निषेध गर्दछ। योग्यता तल सूचीबद्ध आय निर्देशमा आधारित हुन्छ। प्राप्तकर्ता सर्कलहरू सम्पूर्ण रुपमा त्यो उनीहरूको घरेलु आकारमा लागू हुन्छ, तिनीहरूलाई राम्ररी बुझ्नु पर्दछ वा तल दिइएका आय स्तरअनुसार कार्यक्रमका लाभहरूका लागि योग्य हुन दर्शाइएको छ।

कुल घरेलु आय (गरिबीको 185% मा आधारित)						
घरेलु आकार सर्कल एक		वार्षिक		मासिक		साप्ताहिक
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
हरेक थप परिवारको सदस्यका लागि जोडनुहोस्:	\$	9,953	\$	830	\$	192

म परिवारको आय सीमित छ भन्ने बुझ्छु र यो प्रमाणित गर्छु कि मेरो घरको आकार र आयले मलाई कार्यक्रममा भाग लिनका लागि योग्य बनायो। म आज पनि यो प्रमाणित गर्दछु कि मेरो घर आपतकालीन खाद्य सहयोग कार्यक्रममा पेन्सिलभेनियाद्वारा सेवा गरिएको क्षेत्रमा पर्दछ। यो प्रमाणीकरण फारम संघीय सहायताको रसीदको सम्बन्धमा पूरा गरिएको छ।

म यो कुरा बुझ्छु कि गलत तथ्यांकमा मेरो लाभको मूल्यका लागि भुक्तान गर्न सकिन्छ र मलाई राज्य र संघीय कानूनअन्तर्गतको घरेलु कानूनअन्तर्गत सुझाउ दिइन्छ।

प्राप्तकर्ताको हस्ताक्षर

मिति

तपाईंको निर्धारित काउण्टी एजेन्सीमा पूरा गरिएको फारम फिर्ता गर्नुहोस्। तपाईं सही एजेन्सीका बारेमा निश्चित हुनुहुन्न भने कृपया 1-800-468-2433 कल गरेर सोध्नुहोस्।

यो फारम कुनै पनि तरिकामा बिगार्नु वा परिवर्तन गर्नु हुँदैन।

कृपया एउटा महत्वपूर्ण USDA गैर-विभाजन स्टेटमेण्टका लागि यो कागजातको अर्कोपट्टि पल्टाउनुहोस्

USDA गैर भेदभावको बयान

संघीय नागरिक अधिकार कानून र अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) नागरिक अधिकार कानून र नीतिहरूको आधारमा USDA, यसका एजेन्सी, कार्यालय र कर्मचारीहरू अनि USDA कार्यक्रममा भाग लिने वा प्रशासनमा रहेका संस्थाहरूलाई जाति, रंग, राष्ट्रिय मूल, लिंग, अक्षमता, उमेर वा कुनै कार्यक्रम वा USDA द्वारा सञ्चालित वा वित्त पोषणमा कुनै पनि नागरिक अधिकार गतिविधिहरूमा प्रतिवाद वा बदलाको भावना।

कार्यक्रमको जानकारीका लागि वैकल्पिक माध्यमको आवश्यकता पर्ने अशक्तता भएका व्यक्तिहरूले आफ्नो लाभका लागि आवेदन गरेमा (उदाहरणका लागि ब्रेली, ठूलो प्रिन्ट, अडियोटेप, अमेरिकी सांकेतिक भाषा आदि), एजेन्सी (राज्य वा स्थानीय) लाई सम्पर्क गर्नुपर्ने छ। बहिरा, सुन्न गाह्रो पर्ने वा वाचनमा अक्षम भएका व्यक्तिहरूले संघीय रिस् सेवा (800) 877-8339 मार्फत USDA लाई सम्पर्क गर्न सक्ने छन्। यसका अतिरिक्त कार्यक्रमको जानकारी अंग्रेजीबाहेक अन्य भाषाहरूमा पनि उपलब्ध गराउन सकिन्छ।

भेदभावको कार्यक्रम उजुरी दायर गर्न, यो

USDA Program Discrimination Complaint Form पूरा गर्नुहोस् जुन अनलाइन http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html मा हेर्नुहोस् र कुनै पनि USDA अफिसमा, वा USDA लाई सम्बोधन गरिएको चिठी लेख्नुहोस् र पत्रमा अनुरोध गरिएका सम्पूर्ण जानकारीहरू फारममा दिनुहोस्। उजुरी फारमको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न (866) 632-9992 मा कल गर्नुहोस्। तपाईंको पूरा फारम वा पत्र USDA लाई बुझाउनुहोस्:

- (1) मेल: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) फ्याक्स: (202)690-7442; or
- (3) इमेल: program.intake@usda.gov। यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो।

आपतकालीन खाद्य सहायता कार्यक्रम पेन्सिलभेनिया TEFAP प्रोक्सी फारम

मिति _____

म _____ यहाँ _____ लाई मलाई
TEFAP फूड प्याकेज लिएर मलाई दिने कार्यका लागि अधिकार दिन्छु।

ग्राहकको हस्ताक्षर _____



प्रोक्सी हस्ताक्षर _____

प्यानट्रीका प्रतिनिधि _____



प्रोक्सी आइडी प्रमाणित भयो