



2024-2025

Регистрационная Форма

Pantry Use Only/ Только для работников

Member #/ Номер участника #:

Diaper Bank #/ Банк подгузников #:

Placard/ Постер: ☐

☐ SL ☐ TH ☐ MS ☐ HS

ID Verified (INT) _____

Вы проживаете в Susquehanna Township?

☐ Да – разборчиво заполните форму ниже

☐ Нет – НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ эту форму

Ваше имя:

Телефонный номер:

Адрес:

Индекс:

Электронный адрес:

Можем мы отправлять вам сообщения? ☐ Да ☐ Нет

У вас есть доступ к интернету? ☐ Да ☐ Нет

Вы живете в:

☐ Дом ☐ Квартира ☐ Отель ☐ Приют ☐ С друзьями/семьей ☐ Другое ____

Сколько людей проживают по вашему адресу: _____

Сколько есть:

0-17 лет:

18-59 лет:

60+ лет:

Напишите имя, дату рождения, и возраст каждого, проживающего по вашему адресу

(включая вас):

Имя	Фамилия	Дата рождения (м,д,г)	Возраст	Посещает STSD школу
1.				☐
2.				☐
3.				☐
4.				☐
5.				☐

6. ☐
7. ☐
8. ☐

Добавьте дополнительно людей на обратной стороне формы если необходимо.

Обведите все языки на которых говорят у вас дома:

English नेपाली español اردو
ਪੰਜਾਬੀ 中文 हिंदी русский
العربية tiếng Việt Kreyòl Ayisyen
Bosna ગુજરાતી Other: _____ Другой: _____

Ваша раса (эта информация может помочь нам когда мы подаем на грантовое финансирование):

- ☐ Белый ☐ Черный или Африкано-Американец ☐ Азиат
☐ Коренной гаваец/Острова Тихого океана ☐ Американские индейцы/Аляскинцы

Необходимая Пища

Мы пытаемся учитывать ограничения в еде основываясь на религиозных, культурных, и медицинских причин. Безглютенная, пониженная вместимость соли/сахара и другие диетические необходимости возможно будут доступными; пожалуйста спросите если вам необходимо.

Пожалуйста отметьте пищу которую вы **НЕ ЕДИТЕ**:

- ☐ говядина ☐ свинина ☐ курица ☐ консервы ☐ молоко ☐ яйца ☐ сыр

Пожалуйста отметьте пищу если вы едите:

- ☐ халяль мясо и остальное обычно ☐ только халяль ☐ вегетарианец ☐ веган

НЕТ ограничений в еде: ☐

Перечислите любые **пищевые аллергии**:

Другие нужды

1. Хотите связаться с **школьным социальным работником** для помощи? ☐ да ☐ нет
2. Вы сейчас получаете **SNAP помощь**? (Программа дополнительной помощи в области питания)? ☐ да ☐ нет

- Если нет, хотели бы узнать больше про получение Бесплатной еды через SNAP? ☐да
3. Вы нуждаетесь в **трусах для взрослых**? ☐да ☐нет
4. Вы **ветеран**? ☐да ☐нет

Как вы узнали о HANNA's Pantry?

- ☐социальные медиа ☐сайт организации ☐школа
- ☐городской информационный бюллетень ☐цифровая регистрация в старшей школе
- ☐друзья ☐центральный пеннсильванский банк еды

Если вы больны или не можете посетить раздачу

Вы можете дать разрешение для доверенности, также известный как замена или запасная персона, чтобы забрать ваши продукты для вас – просто напишите их имя внизу. Тогда если вы не сможете посетить раздачу, эта личность может приехать за вас! Будьте уверены что вы так же запишите их на обратннй стороне USDA форми.

Доверенное лицо:

Подпись доверенного лица:

ID Check дата:

ЗАЯВЛЕНИЕ О СЕРТИФИКАЦИИ И ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Я подтверждаю, что предоставленная мной информация является верной, насколько мне известно. Я понимаю, что здесь нет платежей или пожертвований, необходимых для продуктов питания или продуктов, которые я получаю. Я согласен, что не буду продавать, обменивать на недвижимость или обслуживание все, что я получаю от HANNA's Pantry, Inc.

Я освобождаю HANNA's Pantry, Inc., их сотрудников, волонтеров и доноров от любой ответственности, возникшей в результате еды и распространение продукции и согласен на сохранение их от ответственности в отношении всех обязательств, ущерба, убытков, претензий, оснований для исков и судебных исков, которые когда-либо возникнут из-за каких-либо действий во время реализации данной программы распределения продовольствия или приписываемых им. HANNA's Pantry, Inc. — поставщик равных возможностей.

Ваша подпись _____

Дата _____

2024-2025

Регистрационная форма для подгузников

Member #/ Номер участника #:

Diaper Bank #/ Банк подгузников #:

Diaper Bank #/ Банк подгузников #:

Diaper Bank #/ Банк подгузников #:

HANNA's Pantry сотрудничает с банком подгузников **Healthy Steps Diaper Bank**. Он предоставляет подгузники для маленьких детей один раз в месяц бесплатно для вас или HANNA's Pantry.

Чтобы получить бесплатные подгузники:

- 1) Ребенку должно быть 3 года или **младше**.
- 2) Ребенок должен жить в **вашем** доме.
- 3) Вы должны предоставить **ВСЮ** приведенную ниже информацию о **КАЖДОМ** ребенке в соответствии с запросом банка подгузников Healthy Steps Diaper Bank.
- 4) Вы и ваш ребенок должны быть зарегистрированы в качестве участников, прежде чем можно будет заказать подгузники для вашего ребенка.
- 5) **ВЫ НЕ ПОЛУЧИТЕ подгузники в день заполнения этой формы.** Вы получите подгузники на следующем распределении подгузников.

КОГДА ВАШ РЕБЕНОК ПЕРЕХОДИТ НА НОВЫЙ РАЗМЕР ПОДГУЗНИКОВ, ПОЖАЛУЙСТА, СООБЩИТЕ НАМ ПЕРЕД СЛЕДУЮЩЕЙ РАЗДАЧЕЙ, ИЛИ ВЫ МОЖЕТЕ НЕ ПОЛУЧИТЬ НОВЫЙ РАЗМЕР. ПОЗВОНИТЕ, НАПИШИТЕ ИЛИ НАПИШИТЕ НАМ НА ЭЛЕКТРОННУЮ ПОЧТУ. КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА В РАССЫЛКЕ.

Ребенок #1

Имя:

Дата рождения(м,д,г):

Размер подгузника:

Вес:

Пол: ☐ мужской ☐ женский

Этничность: ☐ Испанец или Латинская ☐ НЕ Испанец или Латинская ☐ Неизвестно

Раса: ☐ Американские индейцы/Аляскинцы ☐ Азиат ☐ Черный

☐ Коренной гаваец/Острова Тихого океана ☐ Белый ☐ Неизвестно

Ребенок #2

Имя:

Дата рождения(м,д,г):

Размер подгузника:

Вес:

Пол: ☐ мужской ☐ женский

Этничность: ☐ Испанец или Латинская ☐ НЕ Испанец или Латинская ☐ Неизвестно

Раса: ☐ Американские индейцы/Аляскинцы ☐ Азиат ☐ Черный

☐ Коренной гаваец/Острова Тихого океана ☐ Белый ☐ Неизвестно

Если вы имеете больше чем 2 ребенка, пожалуйста попросите еще одну форму!

Другие нужды

1. Есть ли у вашего ребенка документально подтвержденное заболевание, требующее использования подгузников? ☐ да

2. УЧАСТВУЕТЕ ли вы и ваш ребенок в настоящее время в программе **WIC**? (Женщины, Младенцы, Дети) ☐ да ☐ нет

Если нет, хотели бы вы узнать больше о БЕСПЛАТНЫХ ресурсах WIC?

☐ да

Бюро системы распределения продовольствия

Программа чрезвычайной продовольственной помощи (TEFAP)

«Self Декларация о необходимости»

Эффективное 1 июля 2024 года до 30 июня 2025 года.

Имя получателя	Агентство представитель Подпись	Дата
	HANNA's Pantry	#11081
Почтовый адрес	Номер название сайта распре	деления
	Susquehanna Twp. High School	
Город- государство Zip	Расположение сайта распространения	

Чрезвычайная программа продовольственной помощи осуществляется в соответствии с политикой Соединенных Штатов министерство сельского хозяйства (USDA), которая запрещает дискриминацию по признаку расы, цвета, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Отбора основана на доход, приведенным ниже. Получатель круги всю линию, которая применяется к их размера домохозяйства, они должны быть на или ниже, уровень доходов указал, чтобы получить право на преимущества программы.

Общий доход домашних хозяйств (основанный на 185% от бедности)							
Бытовые размер							
круг 1		Ежегодный		Ежемесячно		Загрузок	
1	\$	27,861	\$	2,322	\$	536	
2	\$	37,814	\$	3,151	\$	727	
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	
Для каждого дополнительного члена семьи добавьте:		\$	9,953	\$	830	\$	192

Я понимаю ограничения доходов домашних хозяйств и подтверждаю, что мой размер домашнего хозяйства и доход сделать меня право на участие в программе. Я также подтверждаю, что, по состоянию на сегодня, моей семье живет в этом районе, обслуживается Пенсильвании в чрезвычайной продовольственной помощи программы. Эта форма сертификации завершается в связи с приходом федеральной помощи.

Я ПОНИМАЮ, ЧТО ДЕЛАЕТ ЛОЖНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К МОЕЙ НЕОБХОДИМОСТИ ОПЛАТЫ ДЛЯ ЗНАЧЕНИЯ ПИЩИ, НЕПРАВИЛЬНО АДРЕСОВАННЫХ МНЕ И МОЖЕТ ПОДВЕРГНУТЬ МЕНЯ УГОЛОВНОГО ПРЕСЛЕДОВАНИЯ ЗАКОНОМ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ФЕДЕРАЛЬНЫХ.

Подпись получателя	Дата
 Вернуться заполненную форму с назначенной каунти агентства. Если вы не уверены в правильности агентства, пожалуйста позвоните в бюро по телефону 1-800-468-2433.	

ЭТА ФОРМА НЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ИЗМЕНЕНЫ ИЛИ ИЗМЕНЕНЫ КАКИМ-ЛИБО ОБРАЗОМ.

ПОЖАЛУЙСТА, ОБРАТИТЕСЬ К ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ЭТОГО ДОКУМЕНТА ДЛЯ ОПЕРАТОРА НЕДИСКРИМИНАЦИИ ВАЖНЫХ USDA

-Эль-Департамент сельского хозяйства de Estados Unidos prohíbe La discriminación contra sus clientes, служащих y solicitantes de empleo en Лас баз de raza, цвет, Ориген Насьональ, edad, инвалидов, приказ, identidad равенства, religión, represalia y donde creencias políticas aplicables, estado гражданского, знакомые o estado родителей, ориентации сексуальной, o todo o parte-дель-ingreso de ООН человека se deriva de cualquier програма de asistencia pública, o La información отбора en el empleo o en cualquier програма o принципа protegida conducido o financiado por el Departamento. (Не Тода prohibidas баз se aplicarán Тодос лос программы o космической de empleo).

Если вы хотите подать жалобу программы гражданских прав, дискриминации, заполните форму жалобы дискриминации программы USDA, найти в Интернете на http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, или любой USDA управления или вызова (866) 632-9992 просить формы. Вы также можете написать письмо, содержащее все информацию, запрошенную в форме. Отправьте письмо или завершенных жалобы форму нам по почте на Департамент сельского хозяйства США, директор, Отделение судебного разбирательства, 1400 независимости проспект, с.в., Вашингтон 2025-9410, Факс (202) 690-7442 или по электронной почте на program.intake@usda.gov. Которые являются глухих, слуха или речи инвалидов может связаться USDA через Федеральной службы ретрансляции на (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (Испанский).

Которые являются глухих, слуха или речи инвалидов может связаться USDA через Федеральной службы ретрансляции на (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (Испанский).

USDA — равных возможностей поставщика и работодателем.

Форма прокси TEFAP чрезвычайной продовольственной помощи программы Пенсильвания		
Дата _____		
I _____ настоящим санкционировать _____ чтобы забрать мой Упаковка для продуктов TEFAP и доставить его к мне.		
Подпись клиента _____	☐	Подписи прокси _____
Представитель кладовая _____		☐ Проверить идентификатор п