أكمل المخطط التالي. الإجابات التي تقدمها في هذا المخطط اختيارية ولن تؤثر على أهليتك في برنامج SFMNP. إن معايير الأهلية والمشاركة في برنامج SFMNP هي المعايير ذاتها المنطبقة على الجميع، وهذا بغض النظر عن العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة، أو الجنس.

السلالة **(اختر نعم أم لا)** **هل أنت من أصول إسبانية أم لاتينية؟**		**الجنس** **(اختر إجابة أو أكثر)**				
نعم	**لا**	**هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين**	**آسيوي**	**أسود أو أمريكي من أصول إفريقية**	**من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ**	**أبيض**

أشهد:

I. أنني:
   a. أبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر،
   b. ودخلي الشهري يساوي أو يقل عن القيمة المذكورة في إرشادات الدخل الفيدرالية لأسرتي المُبينة في مذكرة سياسة برنامج SFMNP رقم 2025-1.
      i. 2,413 دولارًا شهريًا (لأسرة مكونة من شخص واحد)؛ أو
      ii. 3,261 دولارًا شهريًا (لأسرة مكونة من شخصين)؛ أو
      iii. 4,109 دولارًا شهريًا (لأسرة مكونة من ثلاث أشخاص).

II. لم أتلق شيكات من برنامج SFMNP من أي مكان آخر هذا العام.

III. لقد تم إخطاري بحقوقي ومسؤولياتي بموجب برنامج SFMNP. وأنا أفهم أنه يجوز لي الطعن في أي قرار اتخذته الوكالة المحلية بشأن أهليتي في برنامج SFMNP.

IV. وأن المعلومات التي قدمتها لتحديد أهليتي صحيحة على حد علمي. يتم إرسال نموذج الشهادة مرتبطًا باستلام مساعدة فيدرالية. ويجوز لمسؤولي البرنامج التحقق من المعلومات في هذا النموذج. أفهم أن الإدلاء ببيان كاذب، أو مضلل عمدًا أو تحريف الحقائق، أو إخفائها أو حجبها عن قصد قد يؤدي إلى مطالبتك بالدفع النقدي لوكالة الحكومية قيمة المزايا الغذائية التي حصلت عليها عن غير استحقاق وقد تُعرضني للوقوع للملاحقة المدنية أو الجنائية بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.

_____ _____

التوقيع (المشارك) التاريخ

****Internal Use Only****

Booklet Serial Number: _____ Program/Agency Name: _____ Site ID: _____

Program/Agency Representative's Name (Issuer): _____

عملية تقديم الشكوى: انتهاكات الحقوق المدنية

وفقًا للقانون الفيدرالي للحقوق المدنية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على USDA ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها ومؤسساتها المشاركة في إدارة برامج USDA التمييز بناءً على العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع أو الإعاقة أو السن أو الانتقام أو الثأر من أجل نشاط حقوق مدنية سابق في أي برنامج أو نشاط تديره USDA أو تموله.

ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، أو الطباعة بحروف الكبيرة، أو التسجيل الصوتي، أو لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالجهة (الحكومية او المحلية) في المكان الذي تقدموا فيه بطلب الحصول على المزايا. الأشخاص الذين يعانون من الصمم أو الصعوبات السمعية أو إعاقات في النطق الاتصال بـ USDA من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على رقم 877-8339 (800). علاوةً على ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية.

لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز في البرنامج، أكمل نموذج USDA لشكوى التمييز في البرنامج، (AD-3027) الموجود على الإنترنت في: https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint، والمتوفر بأي مكتب تابع لـ USDA أو اكتب خطابًا موجهًا إلى USDA وأدرج في الخطاب جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل برقم 632-9992 (866). قدم النموذج أو الخطاب المكتمل الخاص بك إلى USDA عبر:

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

(2) الفاكس: (202) 690-7442 :، أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

هذه المؤسسة هي الجهة القائمة بالتوظيف والضامنة لتكافؤ الفرص.