

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

Lokalny Urząd Pomocy Seniorom: Bergen County Division of Senior Services

Data: ____/____/____ 2025

Miejsce Złożenia Ankiety: _____

Dane Rodziny:

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

Adres: _____ Miasto _____ Kod _____

Tel.: _____ ☐ Mobilny ☐ Domowy Email: _____

* Jeśli Bezdomny, 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
☐ Odcinek Wypłaty
☐ Renta Chorobowa
☐ List podpisany przez Wiarygodną Osobę Trzecią

Drugi Aplikant – Współmieszanek/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
☐ Odcinek Wypłaty
☐ Renta Chorobowa
☐ List podpisany przez Wiarygodną Osobę Trzecią

Złóż wniosek osobiście w wybranych punktach dystrybucji; email: 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 i 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 7-1-2025 do 6-30-2026)

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

Osoby w Rodzinie	Rocznie	Miesięcznie	Dwa Razy w Miesiącu	Dwutygodniowo	Tygodniowo
☐ 1	\$ 28,953	\$ 2,413	\$ 1,207	\$ 1,114	\$557
☐ 2	39,128	3,261	1,631	1,505	753
☐ 3	49,303	4,109	2,055	1,897	949
☐ 4	59,478	4,957	2,479	2,288	1,144
Dodatkowa Osoba	+\$10,175	\$848	+\$424	+\$392	+\$196

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.

Imię Głowy Rodziny (Drukuj)	Podpis	/ / 2025 Data
Imię Współmałżonka/Partnera (Drukuj)	Podpis	/ / 2025 Data
Upoważniony Przedstawiciel Rodziny (Drukuj)	Podpis	/ / 2025 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.