



Уважаемый родитель/опекун!

1 июля 2018 года

*Для успешной учебы детям необходимо здоровое питание. Сейлем-Кайзерский школьный округ предлагает учащимся здоровое питание каждый учебный день. Завтрак в начальных школах стоит \$1.15, а в промежуточных и средних школах - \$1.25. Обед в начальных школах стоит \$2.50, а в промежуточных и средних школах - \$2.90. Ваши дети могут иметь право на бесплатное или льготное питание. Льготные завтраки и обеды бесплатны.*

- 1. Следует ли заполнять заявление, если в этом учебном году я получил письмо, в котором говорится, что моим детям одобрили бесплатное питание?** Пожалуйста, внимательно прочитайте письмо, которое вы получили, и следуйте инструкциям. Если у вас есть вопросы, звоните в Службу продовольствия и питания по телефону 503-399-3169.
- 2. Нужно ли заполнять заявление на каждого ребенка?** Нет. Используйте один бланк заявления на бесплатное или льготное школьное питание для всех учеников в вашей семье. Мы не можем одобрить заявление, заполненное не полностью, поэтому не забудьте указать всю требуемую информацию. **Верните заполненное заявление по адресу: Food & Nutrition Services; 3625 Fairview Ind. Dr. SE; Salem, Oregon 97302.**
- 3. Кто может получать бесплатное питание?** Дети из семей, получающих пособия по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP), по программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF) или по программе распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR), могут получать бесплатное питание независимо от ваших доходов. Кроме того, ваши дети могут получать бесплатное питание, если доход вашей семьи находится в пределах, установленных для получения бесплатного питания (Federal Income Guidelines).
- 4. Могут ли приемные дети получать бесплатное питание?** Да, приемные дети, за которых юридическую ответственность несет учреждение, занимающееся передачей детей в приемные семьи, или суд, могут получать бесплатное питание. Любой приемный ребенок в семье может получать бесплатное питание независимо от дохода.
- 5. Могут ли бездомные дети, сбжавшие из дома дети и дети мигрантов получать бесплатное питание?** Пожалуйста, позвоните посреднику по работе с бездомными или сотруднику по работе с мигрантами по телефону 503-399-3258, чтобы узнать, имеет(ют) ли ваш(и) ребенок (дети) право, если вам не сообщили, что он(и) будет(ут) получать бесплатное питание.
- 6. Кто может получать льготное питание?** Ваши дети могут получать недорогое питание, если доход вашей семьи находится в пределах, установленных для получения бесплатного питания (Federal Income Chart).
- 7. Если мой ребенок имеет право на льготы по бесплатному или льготному питанию, когда начнут действовать льготы по питанию?** Льготы по питанию для новых заявителей не могут начать действовать до тех пор, пока заявление не будет одобрено. Пожалуйста, давайте обед с собой или деньги на платный обед до тех пор, пока не получите уведомление о том, что заявление одобрено.
- 8. Я получаю помощь в рамках программы WIC (Женщины, младенцы и дети). Может (могут) ли мой ребенок (мои дети) получать бесплатное питание?** Это можно определить только посредством заполнения и подачи прилагаемого заявления на льготы по питанию. Пожалуйста, заполните заявление.
- 9. Будет ли проверена предоставляемая мною информация?** Да. Мы можем также попросить вас прислать письменное подтверждение дохода семьи, который вы указываете в заявлении.
- 10. Если сейчас я не имею права, могу ли я потом подать заявление?** Да. Вы можете подать заявление в любое время в течение учебного года.
- 11. Что, если я не согласен с решением школы по моему заявлению?** Вам следует поговорить с официальными лицами школы. Вы также можете попросить о проведении слушания, позвонив или написав: **Michael Wolfe, Chief Operations Officer, Business and Support Services; 3625 Fairview Ind. Dr. SE; Salem, OR 97302.**
- 12. Могу ли я подать заявление, если кто-то в моей семье не является гражданином США?** Да. Вы или ваш(и) ребенок (дети) не обязан(ы) быть гражданином США, чтобы иметь право на бесплатное или льготное питание.
- 13. Кого следует включать в качестве членов моей семьи?** Вы должны включать всех людей, проживающих в вашем доме, состоящих или не состоящих в родственных отношениях (например, дедушек и бабушек, других родственников или друзей). Вы должны включить себя и всех детей, которые проживают с вами. Приемные дети могут быть включены в качестве членов семьи. Если вы проживаете с другими людьми, которые экономически независимы (например, люди, которых вы не обеспечиваете материально, которые не делятся с вами или вашими детьми доходом и которые оплачивают пропорциональную часть расходов), не включайте их.
- 14. Что, если мой доход не всегда одинаков?** Укажите сумму, которую вы получаете обычно. Например, если вы обычно получаете \$1000 в месяц, но в прошлом месяце вы пропустили несколько рабочих дней и получили только \$900, то запишите, что вы получаете \$1000 в месяц. Если вы обычно получаете сверхурочные, то включите эту сумму, но не включайте ее, если вы получаете сверхурочные только иногда.
- 15. Мы – военная семья. Включать ли нам компенсацию расходов на жилье?** Если Вы получаете компенсацию расходов на жилье вне пределов базы, то она должна считаться доходом. Однако если вы получили жилье в рамках инициативы “Приватизация жилья для военнослужащих (Military Housing Privatization Initiative)”, не указывайте компенсацию расходов на жилье как доход.
- 16. Мой супруг (моя супруга) переброшен(а) в район боевых действий. Считается ли доплата за участие в боевых действиях доходом?** Доплата за участие в боевых действиях исключается, если её получают в дополнение к основной заработной плате военнослужащего из-за переброски, и её не получали до переброски.
- 17. Моя семья нуждается в дополнительной помощи. Есть ли другие программы, на участие в которых мы могли бы подать заявление?** Чтобы узнать, как подать заявление на участие в программе Oregon SNAP или на получение другой социальной помощи, обратитесь в местный отдел социальной помощи или позвоните по телефону 2-1-1 или по телефону 1-800-SAFENET (723-3638). Для получения продуктовой помощи позвоните по телефону 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY). В летнее время отправьте сообщение “FOOD” на номер 877877 или зайдите на сайт [www.Summerfoodoregon.org](http://www.Summerfoodoregon.org) для получения вариантов бесплатного питания летом в вашем районе.

Если у Вас есть другие вопросы или нужна помощь, звоните Terri Tucker по телефону 503-399-3169.

С уважением, Mac Lary, директор службы питания

## ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ

**В случае получения пособий по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP) ИЛИ по программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF) выполняйте следующее:**

**Часть 1:** Заполните сведения о семье.

**Часть 2:** Укажите имя (имена) ребенка (детей), школу, класс, дату рождения и отметьте галочкой квадратик, если ребенок официально помещен в приемную семью.

**Часть 3:** Укажите имя члена семьи, который получает пособия и его номер дела, пособия по программе SNAP (A11-11-1111) или по программе TANF (AA111 или AAA111).

**Часть 4:** Пропустите эту часть.

**Часть 5:** Подпишите форму. Указывать номер социального страхования не обязательно.

**Часть 6:** Ответьте на этот вопрос, если пожелаете.

**Часть 7:** Ответьте на этот вопрос, если пожелаете.

**Если Вы подаете заявление на ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА, то следуйте этим инструкциям:**

**Часть 1:** Заполните сведения о семье.

**Часть 2:** Укажите имя (имена) ребенка (детей), школу, класс, дату рождения и отметьте галочкой квадратик, если ребенок официально помещен в приемную семью.

**Часть 3:** Пропустите эту часть.

**Часть 4:** Пропустите эту часть.

**Часть 5:** Подпишите форму. Указывать номер социального страхования не обязательно.

**Часть 6:** Ответьте на этот вопрос, если пожелаете.

**Часть 7:** Ответьте на этот вопрос, если пожелаете.

ИЛИ Заполните общее заявление на всю семью, включая приемного ребенка, следуя инструкциям для “Все остальные семьи”

**ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ СЕМЬИ, включая семьи, получающие помощь в рамках программы WIC, следуйте этим инструкциям:**

**Часть 1:** Заполните сведения о семье.

**Часть 2:** Укажите имя (имена) ребенка (детей), школу, класс, дату рождения и отметьте галочкой квадратик, если ребенок является приемным.

**Часть 3:** Пропустите эту часть.

**Часть 4:** Следуйте этим инструкциям, чтобы сообщить о совокупном доходе семьи за прошлый месяц.

**Колонка 1 – Имя:** Укажите фамилию и имя **каждого** человека, проживающего в вашем доме, состоящего или не состоящего в родственных отношениях (например, дедушки и бабушки, другие родственники или друзья). Вы должны включить себя, тех детей, которые проживают с вами, но не ходят в школу, а также детей, которые учатся и получают регулярный доход. Не указывайте повторно тех детей, которых вы указали в части 2, если они не получают регулярного дохода. Приложите дополнительный лист бумаги, если требуется.

**Колонка 2 – Ежемесячный брутто-доход.** Рядом с именем каждого члена семьи укажите все виды доходов, полученных в прошлом месяце. Например, в колонке “Ежемесячный доход” укажите **брутто-доход**, который каждый член семьи получил на работе. Это не то, что вы получаете на руки. **Брутто-доход – это заработанная плата до вычета налогов и других удержаний.** Эта сумма должна быть указана в вашем корешке по зарплате, или ваш начальник может сказать вам. Если доход выплачивается еженедельно, каждые 2 недели или дважды в месяц, следуйте инструкциям на оборотной стороне заявления.

**Колонка 3 –** Укажите сумму, которую каждый член семьи получил в прошлом месяце в качестве материальной помощи (welfare), средств на содержание ребенка, алиментов.

**Колонка 4 –** Укажите сумму, которую каждый член семьи получил в прошлом месяце в качестве пенсии, трудовой пенсии, пособия по социальному страхованию.

**Колонка 5 –** Укажите сумму, которую каждый член семьи получил в прошлом месяце в качестве компенсации работникам, пособия по безработице, пособия бастующим, дополнительного социального дохода (SSI), пособия ветеранам, пособия по инвалидности, регулярных пожертвований от людей, которые не проживают в вашем доме, и **ЛЮБОЙ ДРУГОЙ ДОХОД.**

Укажите чистый доход от собственного бизнеса, фермы или рентный доход. Рядом с суммой напишите, как часто человек получал его. Если вы участвуете в инициативе “Приватизация жилья для военнослужащих (Military Housing Privatization Initiative)”, не учитывайте это компенсацию расходов на жилье.

**Часть 5:** Совершеннолетний член семьи обязан подписать заявление и указать последние четыре (4) цифры номера социального страхования или отметить галочкой квадратик, если у него нет номера социального страхования.

**Часть 6:** Ответьте на этот вопрос, если пожелаете.

**Часть 7:** Ответьте на этот вопрос, если пожелаете.

## Сейлем-Кайзерский школьный округ

**Возвратите: Salem-Keizer Food and Nutrition Office, 3625 Fairview Industrial Dr. SE Salem, OR 97302**

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

- Если Вы получили из школьного округа УВЕДОМЛЕНИЕ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ – БЕСПЛАТНОЕ ПИТАНИЕ, не заполняйте это заявление.
- Смотрите “Инструкции по заполнению заявления” на обратной стороне заявления.
- \* = *Обязательно для всех заявлений*; \*\* = *Обязательно для заявлений на основании дохода*; \*\*\* = *Обязательно для SNAP/TANF*

**1 СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ\*** *Прописью напишите фамилию и имя лица, заполняющего это заявление*

Фамилия и имя печатными буквами \_\_\_\_\_  
 Почтовый адрес – № кв. \_\_\_\_\_  
 Город, штат, почтовый индекс \_\_\_\_\_

Домашний или мобильный, или рабочий телефон (обведите одно) \_\_\_\_\_  
 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

➔ Количество проживающих в семье человек \_\_\_\_\_  
 (Укажите имена **всех** членов семьи в частях 2 и/или 4 этой формы)

**2 СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАЩИХСЯ\***

Имя ребенка (Официальные фамилия, имя)	Школа	Класс (по желанию)	Дата рождения (по желанию)	Отметьте, если ребенок приемный
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 ПОСОБИЯ** Если кто-то в Вашей семье получает SNAP или TANF, укажите имя и номер дела члена семьи, получающего пособие

Фамилия, имя\*\*\* \_\_\_\_\_  SNAP \_\_\_\_\_ Номер дела\*\*\* \_\_\_\_\_  TANF \_\_\_\_\_

Перейдите к части 5

Участвует ли данная семья в программе FDPIR (Распределение продовольствия в индейских резервациях)  Да (Перейдите к заполнению части 5)

**4 ЧЛЕНЫ СЕМЬИ И ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ДО НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ\*\* – если не ежемесячный, то смотрите инструкцию по преобразованию на оборотной стороне**

Колонка 1 Укажите <b>всех</b> членов семьи, включая детей, которые не ходят в школу, и их доход. Не включайте учащихся, указанных в части 2, если они не получают регулярный доход. (Фамилия, имя)	Колонка 2 ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД (Общий заработок и заработная плата без вычета удержаний)	Колонка 3 ПОЛУЧЕННЫЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ СРЕДСТВА НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА, МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ (WELFARE) И АЛИМЕНТЫ	Колонка 4 ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ПЕНСИИ, ПОСОБИЯ ПО СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ, ТРУДОВЫЕ ПЕНСИИ	Колонка 5 ДРУГОЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД – включая пособие по безработице и компенсации работникам	Колонка 6 Отметьте, если нет дохода
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 ПОДПИСЬ, ДАТА и последние четыре цифры НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (Взрослый обязан подписать)**

Я заверяю (даю слово), что вся информация, указанная в заявлении, является достоверной (точной) и весь доход указан. Я понимаю, что школа получит федеральные средства на основании предоставленной мною информации. Я понимаю, что должностные лица школы могут удостоверить (проверить) информацию. Я понимаю, что если я представлю намеренно ложную информацию, то мои дети могут лишиться льгот на питание, а меня могут привлечь к уголовной ответственности.

Подпись взрослого члена семьи\* \_\_\_\_\_ Дата подписания\* \_\_\_\_\_ Номер социального страхования\*\* \_\_\_\_\_  У меня нет номера социального страхования.\*\*

X \_\_\_\_\_ Месяц/день/год \_\_\_\_\_ (См. “Положение о конфиденциальности” на обратной стороне) XXX-XX - \_\_\_\_\_

**6 РАСОВАЯ ИЛИ ЭТНИЧЕСКАЯ ГРУППА (ПО ЖЕЛАНИЮ)**

Отметьте одну этническую идентичность:  Испанская или латиноамериканская  Не испанская и не латиноамериканская

Отметьте одну или несколько расовых идентичностей:  Азиат  Американский индеец или уроженец Аляски  Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана  Черный или афроамериканец  Белый, не испанского происхождения  Другое

Я предпочитаю всю письменную корреспонденцию на языке:  Испанский  Русский  Другой \_\_\_\_\_

**7 Я не хочу, чтобы моей информацией обменивались с программами штата по страхованию здоровья детей. Распишитесь здесь \_\_\_\_\_**

У меня есть ребенок (дети), который(е) не имеет(ют) никакой медицинской страховки – ни частной медицинской страховки, ни плана Oregon Health Plan/Healthy Kids. Я заинтересован(а) в бесплатной или льготной медицинской страховке хотя бы для одного из моих детей.  Да  Нет

**SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (ТОЛЬКО ДЛЯ РАБОТНИКОВ ШКОЛЫ – НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ)**

Total Income: \_\_\_\_\_ Number in household: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Free based on:  Reduced based on:  Denied – Reason:

SNAP/TANF/FDPIR  household income  income too high

foster child categorical  household income  incomplete application

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Инструкции по заполнению заявления

- Если Ваша семья получает пособия по программе **SNAP, TANF или FDPIR**, заполняйте части 1, 2, 3 и 5; части 6 и 7 заполняются по желанию.
- Если Вы не получаете эти пособия, и Ваш **доход ниже** установленных норм, заполняйте части 1, 2, 4 и 5; части 6 и 7 заполняются по желанию.
- Если в Вашей семье есть **ПРИЕМНЫЙ РЕБЕНОК**, заполняйте части 1, 2, 4 и 5; части 6 и 7 заполняются по желанию.  
*Поля данных о доходе, оставленные пустыми, будут считаться нулями. Пожалуйста, удостоверьтесь в том, что Вы намеренно оставили поля данных о доходе пустыми.*

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ДОХОДА (ДЛЯ ЗАРАБОТКА & ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ)

**Ежемесячный доход** всех членов семьи должен быть указан в части 4 данного заявления. Доход - это любые деньги, регулярно получаемые за работу, на содержание ребенка, а также алименты, пенсии, трудовые пенсии, пособия по социальному страхованию и деньги, получаемые из любого другого источника. Исключите студенческие/школьные кредиты.

Члены семьи, не получающие зарплату раз в месяц, должны перевести её в ежемесячный доход, выполнив следующие действия:

**Члены семьи, получающие зарплату каждую неделю:** Общую сумму заработка и заработной платы за один расчетный период до вычетов умножьте на 52. Затем разделите на 12. Полученная в результате сумма общим ежемесячным доходом.

**Члены семьи, получающие зарплату раз в две недели:** Общую сумму заработка и заработной платы за один расчетный период до вычетов умножьте на 26. Затем разделите на 12. Полученная в результате сумма является общим ежемесячным доходом.

**Члены семьи, получающие зарплату дважды в месяц:** Общую сумму заработка и заработной платы за один расчетный период до вычетов умножьте на 24. Затем разделите на 12. Полученная в результате сумма является общим ежемесячным доходом.

**Члены семьи, которые являются сезонными работниками или работают менее 12 месяцев:** Спрогнозируйте годовой показатель дохода, который точно отражает реальную ситуацию, затем разделите на 12. Полученная в результате сумма является прогнозируемым ежемесячным доходом.

Примечание: Деньги, полученные от принадлежащего Вам бизнеса или фермы, должны указываться как "чистый доход". *Чистый доход определяется как общий доход, остающийся после вычета операционных расходов бизнеса или фермы из валового дохода.*

### ФЕДЕРАЛЬНЫЕ НОРМЫ ДОХОДА

Ваши дети могут получить право хотя бы на льготное питание, если доход семьи не превышает указанные в данной таблице пределы.

Размер семьи	Льготное питание				
	Годовой	Раз в месяц	Два раза в месяц	Каждые две недели	Каждую неделю
-1-	22,459	1,872	936	864	432
-2-	30,451	2,538	1,269	1,172	586
-3-	38,443	3,204	1,602	1,479	740
-4-	46,435	3,870	1,935	1,786	893
-5-	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
-6-	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
-7-	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
-8-	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
На каждого дополнительного члена семьи добавьте	7,992	666	333	308	154

### ПОЛОЖЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ – НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ и ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Национальный закон Ричарда Б. Рассела "О школьных обедах" (The Richard B. Russell National School Lunch Act) требует указания информации в данном заявлении. Вы не обязаны предоставлять информацию, но если вы не предоставите ее, то мы не сможем одобрить получение бесплатного или льготного питания Вашим ребенком. Вы обязаны указать последние 4 цифры номера социального страхования взрослого члена семьи, подписывающего заявление. Последние 4 цифры номера социального страхования указывать не обязательно, когда Вы подаете заявление от имени приемного ребенка или указываете присвоенный Вашему ребенку номер дела участника программы дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), программы временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance to Needy Families (TANF)) или программы распределения продуктов питания в индейских резервациях (Food Distribution on Indian Reservations (FDPIR)) или другой идентификатор программы FDPIR для Вашего ребенка или когда Вы указываете, что взрослый член семьи, подписывающий заявление, не имеет номера социального страхования. Мы будем использовать Вашу информацию, чтобы определить, имеет ли Ваш ребенок право на бесплатное или льготное питание, а также для администрирования и обеспечения исполнения программ завтраков и обедов. Мы **можем** делиться информацией о Вашем соответствии требованиям с программами образования, здравоохранения и питания, чтобы помочь им оценивать, финансировать или определять пособия для своих программ; с аудиторами для пересмотра программ и с сотрудниками правоохранительных органов, чтобы помочь им расследовать нарушения правил программ. Мы можем делиться информацией, содержащейся в этой форме, с программой медицинской помощи (Medicaid) или с программой штата по страхованию здоровья детей (State Children's Health Insurance Program (SCHIP)), если Вы не скажете нам не делать этого. Информация, если она разглашена, будет использована только для того, чтобы выявлять детей, отвечающих установленным требованиям, и пытаться зачислить их в программу Medicaid или в программу SCHIP.

### ПОЛОЖЕНИЕ О НЕДИСКРИМИНАЦИИ

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах, предписаниями и положениями Департамента сельского хозяйства США о гражданских правах (U.S. Department of Agriculture (USDA), USDA, его агентствам, офисам и работникам, а также учреждениям, участвующим и управляющим программами USDA, запрещено дискриминировать по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возраста или применять ответные меры или возмездие за предыдущую деятельность по защите гражданских прав в какой-либо программе или за участие в мероприятии, проводимом и финансируемом USDA. Лица с инвалидностью, которые нуждаются в альтернативных средствах коммуникации для получения информации о программе (напр., шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, американский язык жестов и т.д.), должны связаться с агентством (штата или местным), в которое они обратились за пособием. Глухие и слабослышащие люди или люди с нарушением речи могут связаться с USDA через федеральную диспетчерскую службу по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках, помимо английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программе, заполните бланк заявления о подаче жалобы о дискриминации в программе USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), (AD-3027), который можно найти на веб-сайте [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) и в любом офисе USDA, или напишите письмо, адресованное USDA, с указанием всей информации, требуемой для заполнения бланка заявления. Чтобы запросить копию бланка заявления о подаче жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненный бланк заявления или письмо в USDA: (1) по почте: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) по факсу: (202) 690-7442; или (3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)  
Это учреждение является поставщиком, предоставляющим равные возможности.