

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

Lokalny Urząd Pomocy Seniorom: Bergen County Division of Senior Services

Data: ____ / ____ / 2026

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
 List podpisany przez Wiarygodną Osobę Trzecią
 Odcinek Wypłaty
 Renta Chorobowa

Drugi Aplikant - Współmałżonek/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
 List podpisany przez Wiarygodną Osobę Trzecią
 Odcinek Wypłaty
 Renta Chorobowa

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.

- Approved
 Denied

Date:

Local Agency Staff sign below:

Household ID

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 in 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
<input type="checkbox"/> 1	\$ 29,526	\$ 2,461	\$ 1,231	\$ 1,136	\$568
<input type="checkbox"/> 2	40,034	3,337	1,669	1,540	770
Dodatkowa Osoba	+\$10,508	+\$876	+\$438	+\$405	+\$203

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

_____/_____/2026
Data

Imię Współmałżonka/Partnera (Drukuj)

Podpis

_____/_____/2026
Data

Zgodnie z federalnym prawem o prawach obywatelskich oraz przepisami i polisami Departamentu Rolnictwa USA (USDA) dotyczącymi praw obywatelskich, USDA, jego agencje, biura i pracownicy oraz instytucje uczestniczące w programach USDA lub je administrujące mają zakaz dyskryminowania ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, religię, płeć, niepełnosprawność, wiek, stan cywilny, sytuację rodzinną/rodzicielską, dochód pochodzący z programów pomocy publicznej, poglądy polityczne lub zemstę bądź represje za wcześniejszą działalność na rzecz praw obywatelskich, w każdym programie lub działalności prowadzonych lub finansowanych przez USDA (nie wszystkie podstawy odnoszą się do wszystkich programów). Środki zaradcze i terminy składania skarg różnią się w zależności od programu lub zdarzenia.

Osoby niepełnosprawne, które wymagają alternatywnych form komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. Braille, duży druk, nagranie dźwiękowe, amerykański język migowy itp.), powinny skontaktować się z agencją stanową lub lokalną administrującą programem albo skontaktować się z USDA poprzez Usługę Przekazu Telekomunikacyjnego pod numerem 711 (głos i TTY). Dodatkowo informacje o programie mogą być udostępniane w językach innych niż angielski.

Aby złożyć skargę o dyskryminacji w programie, wypełnij Formularz Skargi o Dyskryminację w Programie USDA, AD-3027, dostępny online w sekcji Jak złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w programie oraz w każdym biurze USDA lub napisz list zaadresowany do USDA, zawierający wszystkie informacje wymagane w formularzu. Aby uzyskać kopię druku skargi, zadzwoń pod numer (866) 632-9992. Prześlij wypełniony formularz lub list do USDA: (1) pocztą: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) faksem: (202) 690-7442; lub (3) e-mail: program.intake@usda.gov.

USDA jest usługodawcą, pracodawcą i pożyczkodawcą oferującym równe szanse.