



СОГЛАШЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ В ПРОГРАММЕ SENIOR FARM SHARE ШТАТА МЭН (MSFP) В 2023 ГОДУ

ЭТА ЗАПОЛНЕННАЯ ФОРМА ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО ФЕРМЕР ПРЕДОСТАВИТ ПРАВОМОЧНОМУ УЧАСТНИКУ ОВОЩИ, ФРУКТЫ, СВЕЖЕСРЕЗАННУЮ ЗЕЛЕНЬ И МЁД НА СУММУ \$50 В СООТВЕТСТВИИ С ПРИВЕДЕННЫМИ НИЖЕ УСЛОВИЯМИ.

ИНФОРМАЦИЯ О ФЕРМЕРЕ

НАЗВАНИЕ ФЕРМЫ	КОНТАКТНОЕ ЛИЦО И НОМЕР ТЕЛЕФОНА В MSFP
----------------	---

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА, УЛИЦА/ГОРОД/ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)

КТО ВЫБИРАЕТ ПРОДУКТЫ?

<input type="checkbox"/> УЧАСТНИК	<input type="checkbox"/> ФЕРМЕР	<input type="checkbox"/> ОБА
Участник будет покупать и оплачивать из своего кредита в указанном месте.	Фермер предоставляет участнику продукты в ассортименте 4 или больше раз в течение 8 или больше недель.	Участник и фермер могут участвовать в отборе продуктов в ассортименте.

ИНФОРМАЦИЯ О ДОСТАВКЕ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО

Куда	<input type="checkbox"/> ДОМОЙ	<input type="checkbox"/> ДРУГОЕ МЕСТО (_____)	Когда	Дни (НАПР., ПО СР.):	ВРЕМЯ (НАПР., 4 ЧАСА ДНЯ):
------	--------------------------------	---	-------	----------------------	----------------------------

РАСОВЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ УЧАСТНИКА ДЛЯ USDA (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)

ВВЕДИТЕ ВСЕ КОДЫ РАС (СПИСОК ВНИЗУ), КОТОРЫЕ К ВАМ ОТНОСЯТСЯ:		
ОТМЕТЬТЕ ОДИН ПУНКТ:	<input type="checkbox"/> Испаноговорящий или латиноамериканский	<input type="checkbox"/> Не испаноговорящий или латиноамериканский

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СТАТУСА УЧАСТНИКА: ОТМЕТЬТЕ КАЖДЫЙ ПУНКТ, ЧТОБЫ ПОДТВЕРДИТЬ, ЧТО ВЫ СООТВЕТСТВУЕТЕ

<input type="checkbox"/> Я житель штата Мэн (гражданство не требуется).
<input type="checkbox"/> Мне 60 или больше лет; 55 или больше лет, если участник — коренной американец; или я — взрослый с ограниченными возможностями, проживающий в доме престарелых с услугами общественного питания.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДОВ: УСТАНОВИТЕ ФЛАЖОК, ЧТОБЫ ПОКАЗАТЬ ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ИЛИ ДОХОД

SNAP		CSFP		WIC и/или WIC FMNP		FDPIR
Годовой валовой доход семьи равен или меньше суммы, указанной рядом с размером семьи (жирным шрифтом). 1: \$26 973 2: \$36 482 3: \$45 991 4: \$55 500 5: \$65 009 6: \$74 518						

Имя участника	Адрес электронной почты (используется только для связи с MSFP)
НОМЕР ДОМА, УЛИЦА, КВАРТИРА	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН
НАЗВАНИЕ ЖИЛИЩНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)	МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН
ГОРОД/ШТАТ/ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ДАТА РОЖДЕНИЯ

Подписывая это соглашение, я подтверждаю, что отвечаю всем требованиям для участия и понимаю все права и обязанности участников.

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА	ДАТА
-------------------	------

- (1) Белый: Лицо, происходящее из любого из коренных народов Европы, Ближнего Востока или Северной Африки.
- (2) Чернокожий или афроамериканец: Лицо, происходящее из любой из чернокожих расовых групп Африки.
- (3) Коренной житель Гавайских островов или уроженец Тихоокеанского региона: Лицо, происходящее из любого из коренных народов Гавайев, Гуама, Самоа или других островов Тихого океана.
- (4) Американский индеец или коренной житель Аляски: Лицо, происходящее из любого из коренных народов Северной и Южной Америки (включая Центральную Америку) и сохраняющее принадлежность к племени или сообществу.
- (5) Азиатский тип: Лицо, происходящее из любого из коренных народов Дальнего Востока, Юго-Восточной Азии или Индийского субконтинента, включая, например, Камбоджу, Китай, Индию, Японию, Корею, Малайзию, Пакистан, Филиппинские острова, Таиланд и Вьетнам.

Подписывайте эту форму только после прочтения прав и обязанностей участников MSFP. Эта организация предоставляет равные возможности.