



# 2023-2024 報名表格

僅供食品儲藏室使用

標語牌：

成員 #：\_\_\_\_\_

尿布庫#：\_\_\_\_\_

SL  TH  MS  HS  身份驗證 (INT) \_\_\_\_\_

你住在  
薩斯奎漢納鎮？是  否

請在下面清楚地打印



你的名字：\_\_\_\_\_ 您是一家之主嗎？是  否

地址：\_\_\_\_\_ 郵政編碼：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

電子郵件：\_\_\_\_\_ 互聯網？是  否  我們可以給您發短信嗎？是的  不

您住在：房子  公寓  酒店  庇護所  與朋友/家人一起  其他：\_\_\_\_\_

有多少人住在您的地址：\_\_\_\_\_ 人數：0-4 歲：\_\_\_\_\_ 5-17 歲：\_\_\_\_\_ 18-59 歲：\_\_\_\_\_ 60 歲以上：\_\_\_\_\_

請用正楷填寫居住在您地址的每個人的姓名、生日和年齡：(包括您)

名	姓	生日 (月/日/年)	年齡	就讀 STSD 學校
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
7. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
8. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

如果需要，請在表格背面添加其他人員。

您家裡使用的語言：英語  西班牙語  阿魯多  中文

俄羅斯  波斯納  巴黎  越南  克雷奧爾·艾伊森  其他：\_\_\_\_\_

種族：美洲印第安人/阿拉斯加人  亞洲人  黑色的  夏威夷原住民/太平洋島民  白色的  未知

種族：西班牙裔或拉丁裔  不是西班牙裔或拉丁裔  未知

您是如何知道漢娜食品儲藏室的？

社交媒體  網站  學校  TWP 時事通訊  數字標牌  朋友  賓夕法尼亞州中部食品銀行

## 食物需求

請勾選您不吃的食物：



我們嘗試根據以下情況滿足食物限制

宗教、文化和健康原因。還可提供無麩質、低鹽/糖食品和其他飲食需求。請詢問是否需要。

請檢查您是否吃了：



無食物限制：



請列出任何食物過敏：

\_\_\_\_\_

## 其他需求

1. 您想聯繫學校社會工作者尋求幫助嗎？是的 \_\_\_\_\_  不。
2. 您的孩子是否獲得免費或減價的學校午餐或早餐？ \_\_\_\_\_ 是的  不。   
 如果沒有，您想了解更多有關免費學校食品的信息嗎？ 是的
3. 您目前正在領取SNAP BENEFITS 嗎？(補充營養援助計劃) \_\_\_\_\_ 是的  不。   
 如果沒有，想了解更多有關通過 SNAP 獲取免費食物的信息嗎？是的
4. 您和您的孩子目前是否已註冊 WIC？(婦女、嬰兒、兒童) \_\_\_\_\_ 是的  不   
 如果沒有，您想通過 WIC 了解更多有關免費資源的信息嗎？是的
5. 如果有的話，您家裡有多少人可以從女性衛生用品中受益？： \_\_\_\_\_
6. 如果您需要成人三角褲，尺寸是多少？由號 \_\_\_\_\_  大的  XL  特大號
7. 您是退伍軍人嗎？是的  不。  您屬於VFW 嗎？是的  不。

## 8. 備份人員/“代理人”

建議您列出代理。如果您生病或無法參加分發活動，您可以列出一個您允許從 HANNA'S Pantry 為您取貨和送貨的人員。

代理名稱： \_\_\_\_\_ 簽名： \_\_\_\_\_ 身份證檢查日期： \_\_\_\_\_

## 認證聲明和責任免除

茲證明我已盡我所提供的信息不正確。我收到的異味產品需要付款。我同意我不會出售、交換從 HANNA'S Pantry 收到的任何物品、交換財產或服務， 我明白了

我公司。

我釋放漢娜'S Pantry，其員工、分發產品並同意對在本協議實施， 志願者，以及來自食品造成的許多責任的捐助者， 期間因任何行為而產生的固定責任、衡平法損害賠償金或債務承擔無害責任foodd 是貢獻計劃， 損失， 索賠， 原因

漢娜'S 食品儲藏室， 我公司。是平等的機會提供者

你的簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**粮食补助局**

**紧急粮食补助项目**

"自我需求宣言"

2023年7月1日至2024年6月30日

收件人姓名

机构代表签名日期

街道地址

分发站名称 编号

城市状态邮编

分发站点位置

紧急粮食补助项目是按照美国农业部 (USDA) 的政策运作的, 该政策禁止出现任何基于种族、肤色、民族、性别、年龄或残疾的歧视。其有关资格基于以下收入准则。受款人请在适用于其家庭人口大小的整行划圈以示其了解他们必须处于或低于表示有资格享受计划福利的收入水平。

家庭总收入 (基于贫困线的 <b>185%</b> )			
家庭大小 请在1上划圈	年收入	月度收入	周收入
1	\$ 26,973	\$ 2,248	\$ 519
2	\$ 36,482	\$ 3,040	\$ 702
3	\$ 45,911	\$ 3,833	\$ 884
4	\$ 55,500	\$ 4,625	\$ 1,067
5	\$ 65,009	\$ 5,417	\$ 1,250
6	\$ 74,518	\$ 6,210	\$ 1,433
7	\$ 84,027	\$ 7,002	\$ 1,616
8	\$ 93,536	\$ 7,795	\$ 1,799
每增加一个额外的家庭成员请加上:	<b>\$9,509</b>	<b>\$792</b>	<b>\$183</b>

本人理解对于家庭收入是有所限制的, 并在此证明本人的家庭规模和收入使本人有资格参加该项目。本人在此还证明, 于今天算起, 本人的家庭生活生活在宾夕法尼亚州紧急粮食补助项目所服务的地区。这份认证表格是与接受联邦补助有关的。

本人知道, 作出虚假陈述可能导致本人不得不支付不当发给本人的食品补贴的额度, 并可能根据州和联邦法律对本人进行刑事起诉。

受益人签名

日期



**F** 请将完成的表格返回指定给您的郡机构。如果您不确定正确的机构, 请致电1-800-468-2433联系本局。  
**f**

**此表单不得以任何方式变更或更改。**

有关美国农业部重要的非歧视声明, 请参阅本文件的反面。

## 美国农业部非歧视声明

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA)

民权法规和政策, 美国农业部及其机构、办事处、员工以及参与或管理美国农业部项目的机构不得基于种族、肤色、民族血统、性别、残疾、年龄或报复或报复美国农业部进行或资助的任何项目或活动中的先前民权活动。

需要其他替代通讯方式获取有关项目的信息 (如盲文、大字、录音带、美国手语等) 的残疾人应与申请福利的机构 (州或地方) 联系。聋人、听力困难或有语言障碍的个人可拨打 (800) 877-8339

通过联邦接机服务联系美国农业部。此外, 有关项目信息可以以英语以外的语言提供。

要提交项目歧视投诉表, 请完成USDA Program Discrimination Complaint Form(美国农业部项目歧视投诉表), 在线找到在[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), 并在任何美国农业部办公室, 或写一封信给美国农业部, 并在信中提供所有要求的信息的形式。如要索取投诉表格的副本, 请致电 (866) 632-9992。通过以下方式向美国农业部提交已填写的表格或信件:

- (1) 邮寄方式 : U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 传真: (202)690-7442; or
- (3) 电子邮件: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

该机构是公平机会的提供者。

紧急食品补助项目 宾州TEFAP代理表	
Date _____	
本人_____ 现在此授权 _____ 谨代表本人领取 TEFAP粮食包且将其转交给本人。	
客户签名 _____	<input type="checkbox"/> 代理人签名
食品发放点代表 _____	<input type="checkbox"/> 已验证的代理人ID

2023-2024

尿布登記表

成員 # : \_\_\_\_\_

尿布庫# : \_\_\_\_\_

尿布庫# : \_\_\_\_\_

尿布庫# : \_\_\_\_\_

尿布庫# : \_\_\_\_\_

HANNA s Pantry 與 Healthy Steps 尿布銀行建立了合作夥伴關係。它為食品儲藏室的孩子們提供尿布  
 每月一次。HANNA s Pantry 免費。為了獲得免費尿布： \_\_\_\_\_

- 1) 孩子必須和您一起住在您家裡
- 2) 孩子必須是4歲或以下（一旦您的孩子年滿5歲，我們將不再提供尿布）
- 3) 並且您必須為每個孩子提供以下所有信息：

此外，您的孩子必須在收到尿布之前進行登記，因此在下次尿布分發之前您將不會收到尿布。不是您填寫此表格的那一天。

孩子#1

姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期（月/日/年）： \_\_\_\_\_ 性別：男  女性  尿布尺寸： \_\_\_\_\_

嬰兒體重： \_\_\_\_\_ 如廁/如廁訓練：是  不

種族：美洲印第安人/阿拉斯加人  亞洲人  黑色的  夏威夷原住民/太平洋島民  白色的  未知

種族：西班牙裔或拉丁裔  不是西班牙裔或拉丁裔  未知

孩子#2

姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期（月/日/年）： \_\_\_\_\_ 性別：男  女性  尿布尺寸： \_\_\_\_\_

嬰兒體重： \_\_\_\_\_ 如廁/如廁訓練：是  不

種族：美洲印第安人/阿拉斯加人  亞洲人  黑色的  夏威夷原住民/太平洋島民  白色的  未知

種族：西班牙裔或拉丁裔  不是西班牙裔或拉丁裔  未知

孩子#3

姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期（月/日/年）： \_\_\_\_\_ 性別：男  女性  尿布尺寸： \_\_\_\_\_

嬰兒體重： \_\_\_\_\_ 如廁/如廁訓練：是  不

種族：美洲印第安人/阿拉斯加人  亞洲人  黑色的  夏威夷原住民/太平洋島民  白色的  未知

種族：西班牙裔或拉丁裔  不是西班牙裔或拉丁裔  未知

孩子 #4

姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期（月/日/年）： \_\_\_\_\_ 性別：男  女性  尿布尺寸： \_\_\_\_\_

嬰兒體重： \_\_\_\_\_ 如廁/如廁訓練：是  不

種族：美洲印第安人/阿拉斯加人  亞洲人  黑色的  夏威夷原住民/太平洋島民  白色的  未知

種族：西班牙裔或拉丁裔  不是西班牙裔或拉丁裔  未知

有時我們會收到捐贈的夜用尿布（如拉拉褲）。我有你使用/需要的方法嗎？

是的

是的

您的孩子 5 歲或以上的孩子是否有同樣的健康狀況，需要使用隔夜尿布？