



COMMUNITY ACTION
CENTER FOR SELF-RELIANCE
FOOD PANTRIES

ОЦЕНКА ДОМОХОЗЯЙСТВА НА 2026 ГОД

Номер телефона: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____ Дата: _____

Если вы указали «Shelburne Falls», в каком городе вы фактически проживаете? Shelburne или Buckland.

Почтовый адрес (если отличается): _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Количество человек в домохозяйстве: _____

Полное имя и фамилия					
Степень родства с главой домохозяйства	Глава домохозяйства				
Дата рождения					
Пол					
Основной язык					
Статус военнослужащего	Вет. Действ. Неприм.	Вет. Действ. Неприм.	Вет. Действ. Неприм.	Вет. Действ. Неприм.	Вет. Действ. Неприм.
Нетрудоспособный	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
Испанского/латиноамериканского происхождения	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
Расовая принадлежность А. Белый В. Чернокорый/афроамериканец С. Американский индеец или коренной житель Аляски D. Азиатского происхождения E. Коренной житель Гавайских или других тихоокеанских островов F. Мультирасового/двухрасового происхождения G. Другое	Выберите вариант из списка слева и впишите букву в поле.				
Образование А. 0-8-й класс В. Неоконченное среднее С. CED/HISET D. Полное среднее E. 12+ неоконченное высшее F. 2 или 4 года колледжа G. Высшее H. Другое	Выберите вариант из списка слева и впишите букву в поле.				
Работа А. Полная занятость В. Частичная занятость С. На пенсии D. Безработный (3 месяца) E. Безработный (6 и более месяцев) F. Не работаю G. Мигрант/сезонный фермерский работник	Выберите вариант из списка слева и впишите букву в поле.				
Медицинское страхование А. MassHealth (Medicaid) В. Medicare С. HealthConnector D. Предоставляется работодателем E. Военное здравоохранение F. Частное медицинское страхование	Выберите вариант из списка слева и впишите букву в поле.				

Текущий месячный доход вашего домохозяйства

► Укажите общую МЕСЯЧНУЮ сумму дохода для каждого члена вашего финансового домохозяйства, указанного выше.

Полное имя и фамилия					
Нет дохода	Нет дохода ☐	Нет дохода ☐	Нет дохода ☐	Нет дохода ☐	Нет дохода ☐
Доход от самозанятости	\$	\$	\$	\$	\$
Заработная плата	\$	\$	\$	\$	\$
Пособие по безработице	\$	\$	\$	\$	\$
SSI	\$	\$	\$	\$	\$
SSDI	\$	\$	\$	\$	\$
Пенсия социального страхования	\$	\$	\$	\$	\$
TAFDC/EAEDC	\$	\$	\$	\$	\$
Пособие на ребенка	\$	\$	\$	\$	\$
Алименты	\$	\$	\$	\$	\$
Пособие VA	\$	\$	\$	\$	\$
Другое Опишите подробно	\$	\$	\$	\$	\$
Итого в месяц:	\$	\$	\$	\$	\$

Прочая информация о вашем домохозяйстве

Пособия (отметьте все подходящие варианты)

- ☐ Ваучер на уход за ребенком
- ☐ Пособие на топливо/LINEAP
- ☐ SNAP
- ☐ WIC
- ☐ Субсидия согласно Закону о доступном медицинском обслуживании
- ☐ Пособие для поддержки образования военнослужащих

Тип жилья

- ☐ Аренда или собственное без субсидии
- ☐ Субсидируемое (жилищное управление, Раздел 8)
- ☐ Временное проживание у других людей
- ☐ Нет жилья
- ☐ Приют
- ☐ Другое постоянное жилье

Тип семьи

- ☐ Холост/не замужем
- ☐ Многопоколенческое домохозяйство
- ☐ Не связанные родством взрослые с детьми
- ☐ Родитель-одиночка
- ☐ Два родителя
- ☐ Два или более взрослых

Подпись

Я подтверждаю, что указанные сведения являются, в меру моего знания, истинными и правильными.

Подпись

Дата

Родитель или опекун (за ребенка младше 18 лет)



**COMMUNITY ACTION
PIONEER VALLEY**
RESPECT • OPPORTUNITY • COMMITMENT

Разрешение на разглашение информации Community Action Pioneer Valley

Цель организации Community Action Pioneer Valley (CAPV) — предложить местному сообществу наиболее качественные программы и услуги. Расскажите нам о вас и вашей семье и помогите понять, чем могут быть полезны наши программы и услуги. Информация о вас и вашей семье является персональной и не может быть передана третьим лицам без вашего письменного согласия.

Персональные данные могут быть переданы только в соответствии с условиями данной формы или в случаях, предусмотренных законодательством. Внимательно прочитайте форму перед подписанием.

Подписывая данную форму, вы даете сотрудникам CAPV разрешение на распространение ваших персональных данных и персональных данных всех членов вашей семьи, о которых вы предоставляете информацию в рамках программ CAPV, включая детей, партнеров и родственников, и передачу этих данных спонсорам, проверяющим лицам или специалистам по оценке в соответствии с требованиями. При необходимости передачи ваших персональных данных и персональных данных вашей семьи другим общественным организациям или поставщикам услуг вам предложат подписать отдельное разрешение.

«Персональные данные» — это любая информация, которую можно соотнести с вами или членом вашей семьи благодаря имени, идентификационному номеру, метке или описанию.

Примеры персональных данных, которые может передавать Community Action Pioneer Valley:

- Биографическая информация (напр., имя, дата рождения, номер социального страхования)
- Демографическая информация (напр., раса, этническая принадлежность, используемый язык)
- Информация об участии в программе и соответствии установленным требованиям
- Информация о работе сотрудников CAPV и их взаимодействии с вами и вашей семьей (напр., заметки социального работника или протоколы встреч)

С какой целью собираются мои персональные данные и как они будут использованы?

Ваши персональные данные, согласно приведенному выше определению, собираются и используются для:

- Подбора программ CAPV, требованиям которых соответствуете вы и ваша семья
- Оказания качественных услуг для вас и вашей семьи
- Координации и управления услугами вне программ CAPV
- Предоставления отчета спонсорам, аудиторам, проверяющим лицам, специалистам по оценке и т.д.

Обязан ли я подписывать данную форму?

Вы не обязаны подписывать данную форму. Но в случае неподписания процесс предоставления услуг для вас может отличаться от того, который предусмотрен при подписании.

Если я подпишу форму, можно ли позже отменить разрешение?

Вы можете в любое время отозвать или отменить разрешение на использование и передачу ваших персональных данных (а также прекратить участие в любой программе).

После получения уведомления об отмене разрешения CAPV не будет передавать никакую дополнительную информацию о вашей семье за исключением случаев, предусмотренных законодательством. Отмена разрешения не повлияет на какую-либо информацию, переданную ранее. Если вы желаете отозвать разрешение, вам необходимо подать письменный запрос сотрудникам CAPV, с которыми вы сотрудничаете.

Разрешение на разглашение информации

Своей подписью подтверждаю, что мне разъяснено следующее:

- Организация Community Action Pioneer Valley обязуется оберегать конфиденциальность персональных данных и финансовой информации, которые я предоставляю о себе и членах моей семьи, пользующихся услугами Community Action Pioneer Valley.
- Community Action Pioneer Valley может распространять информацию в рамках собственных программ, если это необходимо для предоставления услуг.
- Community Action Pioneer Valley может распространять информацию по требованию или запросу государственных учреждений и других организаций, которые финансируют, регулируют, проверяют, контролируют или расследуют деятельность Community Action Pioneer Valley, а также в соответствии с законодательством, требованиями юридического процесса или постановлением суда.
- При необходимости распространения информации в иных целях Community Action Pioneer Valley уведомит меня и получит мое

разрешение.

Разрешение на распространение персональных данных действует в течение одного года с дня подписания этой формы.

Настоящим я подтверждаю, что информация, предоставленная сотрудникам Community Action Pioneer Valley, является достоверной и точной в меру моей осведомленности. Предоставление заведомо ложной или неполной информации может привести к отказу в оказании услуг или их прекращению.

ФИО клиента (печатными буквами): _____

Подпись клиента: _____

(родителя или опекуна для клиента в возрасте до 18 лет)

ФИО родителя или опекуна для клиента в возрасте до 18 лет:

Дата: _____

USDA/TEFAP Declaration of Eligibility

Declaration of financial need is sufficient to receive USDA/TEFAP foods on a guest's first visit. Subsequent visits require declaration of eligibility according to the guidelines below. Guests must be allowed to self-declare eligibility. Verification of residence, income, or receipt of benefits is not required. Photo ID and Social Security numbers are not required, and requesting this information is prohibited by USDA and the Commonwealth of Massachusetts. Declaration of Eligibility must be kept on file for each guest for the current fiscal year plus three previous years. Programs must track each time guests receive USDA, but the guest is not required to sign or recertify eligibility after initial declaration. Participants are required to recertify eligibility annually.

Name: _____

Zip Code: _____

Number of people in household: _____

Do you receive any of the following types of assistance?

Please check all that apply:

WIC: _____ TANF: _____ SSI: _____

Fuel Assistance: _____ SNAP: _____

Veteran's Aid: _____ Head Start: _____ AFDC: _____

Medicaid (MassHealth): _____ EAEDC: _____

Free/Reduced-Price School Lunch _____

If you do **NOT** receive any of these benefits, is your household income at or below the following income guidelines*? Please circle: YES NO

Optional: I wish to allow (print name) _____ to pick up food for my household. Date: _____

# of Household Members	Annual	Monthly	Weekly
1	\$39,125	\$3,260	\$752
2	\$52,875	\$4,406	\$1,017
3	\$66,625	\$5,552	\$1,281
4	\$80,375	\$6,698	\$1,546
5	\$94,125	\$7,844	\$1,810
6	\$107,875	\$8,989	\$2,075
7	\$121,625	\$10,135	\$2,339
8	\$135,375	\$11,281	\$2,603
For each additional household member, add:	+13,750	+1,146	+264

TEFAP Income Guidelines 2025-2026

If guest does NOT receive any of the above benefits OR meet income guidelines, the guest may declare financial need to receive USDA/TEFAP foods on their first visit ONLY. Eligibility according to above requirements must be certified at subsequent visits. Check HERE to declare financial need: ☐

Office Use Only:

Last Name: _____

Form must be renewed on (date): _____

This institution is an equal opportunity provider and employer.

THIS PAGE IS FOR STAFF ONLY

Staff: Circle HH size and Income level in below table. For income, circle the 2 levels the income falls between:

Household Size	1	2	3	4	5	6	7	8
200% of federal poverty level (CSBG)	Monthly: \$2,608	\$3,525	\$4,442	\$5,358	\$6,275	\$7,192	\$8,108	\$9,025
*Effective 7/1/2025	Annual: \$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300	\$97,300	\$108,300
250% of federal poverty level (USDA)	Monthly: \$3,260	\$4,406	\$5,552	\$6,698	\$7,844	\$8,989	\$10,135	\$11,281
*Effective 7/1/2025	Annual: \$39,125	\$52,875	\$66,625	\$80,375	\$94,125	\$107,875	\$121,625	\$135,375
30% of median income (extremely low)	Monthly: \$2,096	\$2,396	\$2,696	\$2,992	\$3,293	\$3,596	\$4,054	\$4,512
*Effective 5/1/25	Annual: \$25,150	\$28,750	\$32,350	\$35,900	\$38,800	\$43,150	\$48,650	\$54,150
50% of median income (very low)	Monthly: \$3,487	\$3,983	\$4,487	\$4,983	\$5,383	\$5,783	\$6,179	\$6,579
*Effective 5/1/25	Annual: \$41,850	\$47,800	\$53,850	\$59,800	\$64,600	\$69,600	\$74,150	\$78,950
80% of median income (low)	Monthly: \$5,583	\$6,379	\$7,175	\$7,971	\$8,612	\$9,250	\$9,887	\$10,525
*Effective 5/1/25	Annual: \$67,000	\$76,550	\$86,100	\$95,650	\$103,350	\$111,000	\$118,650	\$126,300

☐ Enrollment Application Complete: Staff Name: _____ Staff Signature: _____ Date: _____

☐ Enrollment Application Incomplete: Staff Name: _____ Staff Signature: _____ Date: _____

Notes: