



Уважаемый родитель/опекун!

1 июля 2017 года

Для успешной учебы детям необходимо здоровое питание. В Сейлем-Кайзерском школьном округе предлагается здоровое питание каждый учебный день. Завтрак в начальных школах стоит \$1.05, а в промежуточных и средних школах - \$1.15. Обед в начальных школах стоит \$2.40, а в промежуточных и средних школах - \$2.80. Ваши дети могут обладать правом на получение бесплатного или льготного питания. Льготные завтраки и обеды **бесплатны**.

1. Должен (должна) ли я заполнять заявление, если в этом учебном году я получил(а) письмо, в котором говорится, что моих детей утвердили на получение бесплатного питания? Пожалуйста, внимательно прочтите 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 мне заполнять заявление на каждого ребенка? Нет. Используйте один бланк заявления на бесплатное или льготное школьное питание на всех детей в семье, которые ходят в школу. Мы не можем утвердить заявление, заполненное не полностью, поэтому обязательно укажите всю требуемую информацию. Заполненное заявление отправьте по адресу: **Food & Nutrition Services; 3625 Fairview Ind. Dr. SE; Salem, Oregon 97302.**
3. Кто может получать бесплатное питание? Дети из семей, которые получают пособия по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP), по программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF) или по программе распределения продовольствия в индейских резервациях (FDIR), могут получать бесплатное питание, независимо от Ваших доходов. Ваши дети также могут получать бесплатное питание, если доход Вашей семьи находится в пределах федеральных нормативов, установленных для получения бесплатного питания (Federal Income Guidelines).
4. Могут ли приемные дети получать бесплатное питание? Да, приемные дети, которые находятся под юридической ответственностью учреждения, занимающегося передачей детей в приемные семьи, или суда, могут получать бесплатное питание. Любой приемный ребенок в семье может получать бесплатное питание, независимо от доходов.
5. Могут ли бездомные дети, сбывавшие из дома дети и дети мигрантов получать бесплатное питание? Пожалуйста, позвоните контактному лицу по работе с бездомными или сотруднику Службы помощи мигрантам по телефону 503-399-3258, чтобы узнать, отвечают ли Ваши дети установленным требованиям, если Вы не были проинформированы о том, что они будут получать бесплатное питание.
6. Кто может получать льготное питание? Ваши дети могут получать льготное питание, если доход Вашей семьи находится в пределах федеральных нормативов, установленных для получения бесплатного питания (Federal Income Chart).
7. Если мой ребенок имеет право на получение бесплатного или льготного питания, то с какого момента начнут действовать эти льготы? Льготы на питание для новых заявителей не могут начать действовать до тех пор, пока заявление не будет одобрено. Пожалуйста, дайте своему ребенку обед с собой или деньги на платный обед до тех пор, пока вы не получите уведомление о том, что Ваше заявление одобрено.
8. Я получаю помощь по программе WIC (Женщины, младенцы и дети). Может (могут) ли мой ребенок (мои дети) получать бесплатное питание? Это можно установить только путем заполнения и подачи прилагаемого заявления на получение льгот на питание. Пожалуйста, заполните заявление.
9. Мои дети получают льготы в рамках плана медицинского страхования штата Орегон (Oregon Health Plan). Могут ли они получать бесплатное питание? Это можно установить только путем заполнения и подачи прилагаемого заявления на получение льгот на питание. Пожалуйста, заполните заявление.
10. Будет ли проверяться предоставленная мною информация? Да. Мы можем попросить Вас прислать письменное подтверждение.
11. Если я в данный момент не отвечаю установленным требованиям, можно ли будет подать заявление позже? Да. Вы можете подать заявление в любое время в течение учебного года.
12. А что, если я не буду согласен (согласна) с решением школы по моему заявлению? Вам следует поговорить с администрацией 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, Oregon 97302.**
13. Могу ли я подать заявление, если кто-либо из членов моей семьи не является гражданином США? Да. Вы и Ваши дети не обязаны быть гражданами США, чтобы получить право на бесплатное или льготное питание.
14. Кого мне следует вписать в качестве членов своей семьи? Вы должны вписать всех людей, живущих в Вашей семье, состоящих или не состоящих в родстве (например, дедушек и бабушек, других родственников или друзей). Вы должны вписать себя и проживающих с Вами детей. Приемных детей можно вписать в качестве членов семьи. Если Вы живете с другими людьми, которые являются экономически независимыми (например, люди, которых Вы не содержите, которые не делят свой доход с Вами или Вашими детьми и которые оплачивают пропорциональную долю расходов), не вписывайте их.
15. А что, если мой доход не всегда одинаков? Укажите сумму, которую Вы обычно получаете. Например, если Вы обычно получаете \$1000 в месяц, но в прошлом месяце Вы пропустили несколько рабочих дней и получили только \$900, укажите, что Вы получаете \$1000 в месяц. Если Вы обычно работаете сверхурочно, включите эту сумму, но если Вы только изредка работаете сверхурочно, то не включайте ее.
16. Мы – семья военнослужащего. Нужно ли нам включать жилищное пособие? Если Вы получаете жилищное пособие вне пределов базы, это должно учитываться в качестве дохода. Однако если Вы обеспечены жильем в рамках инициативы "Приватизация жилья военнослужащими (Military Housing Privatization Initiative)", вам не нужно включать жилищное пособие в качестве дохода.
17. Мой супруг (моя супруга) дислоцирован(а) в зоне боевых действий. Считается ли доплата за участие в боевых действиях доходом? Доплата за участие в боевых действиях не учитывается, если её получают в дополнение к основной плате военнослужащего в связи с дислокацией и её не получали до дислокации.
18. Моей семье нужна дополнительная помощь. Есть ли другие программы, на которые мы могли бы подать заявление? Чтобы узнать, как подать заявление на получение пособия по программе Oregon SNAP или других социальных пособий, обратитесь в местный отдел социальной помощи или отправьте сообщение "FOOD" на номер 877877, или позвоните по телефону 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY), или зайдите на веб-сайт [www.Summerfoodoregon](http://www.Summerfoodoregon)

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

С уважением, Michael Wolfe, Chief Operations Officer, Business and Support Services (Исполнительный директор, Деловые и вспомогательные услуги)

## УКАЗАНИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ

**Для семей, получающих пособия по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP) ИЛИ по программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF), выполняйте следующее:**

**Часть 1:** Укажите 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 (SNAP (A11-11-1111) или TANF (AA111 или AAA111)).

**Часть 4:** Пропустите эту часть.

**Часть 5:** Подпишите форму. Указывать номер социального обеспечения (SSN) не обязательно.

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

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

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

**Часть 1:** Укажите 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 обеспечения (SSN) не обязательно.

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

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

ИЛИ Заполните заявление на всю семью, включая приемного ребенка, следуя указаниям, относящимся к "Все остальные семьи"

**ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ СЕМЬИ, включая семьи, получающие пособие по программе WIC, следуйте этим инструкциям:**

**Часть 1:** Укажите 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 об общем доходе семьи за прошлый месяц.**

**Колонка 1 – Имя:** Укажите фамилию и имя **каждого** человека, живущего в Вашей семье, состоящего или не состоящего в родстве (например, дедушки и бабушки, другие родственники или друзья). Вы должны указать себя, тех детей, которые живут с Вами детей, но не ходят в школу, а также детей, которые ходят в школу и получают стабильный доход. Не указывайте повторно тех детей, которых Вы указали в части 2, если они не получают стабильного дохода. Приложите дополнительный лист бумаги, если потребуется.

**Колонка 2 – Ежемесячный брутто-доход.** Рядом с именем каждого члена семьи укажите все виды доходов, которые были получены в прошлом месяце. Например, в колонке "Ежемесячный доход" укажите **брутто-доход**, который каждый член семьи получил за работу. Это не то же самое, что зарплата, получаемая на руки.

**Брутто-доход – это заработанная сумма до вычета налогов и других удержаний.** Эта сумма должна быть указана в Вашем корешке по зарплате, или Ваш начальник может сообщить Вам эту сумму. Если Вы получаете доход еженедельно, каждые 2 недели или дважды в месяц, следуйте инструкциям на обратной стороне заявления.

**Колонка 3 –** Укажите сумму, полученную каждым членом семьи в прошлом месяце в качестве материальной помощи (welfare), выплат на содержание ребенка, алиментов.

**Колонка 4 –** Укажите сумму, полученную каждым членом семьи в прошлом месяце в качестве пенсии, трудовой пенсии, пособий по социальному обеспечению.

**Колонка 5 –** Укажите сумму, полученную каждым членом семьи в прошлом месяце в качестве компенсационных выплат работникам, пособия по безработице, пособия бастующим, дополнительного социального дохода (SSI), пособия для ветеранов, пособия по инвалидности, регулярного вклада от людей, не живущих в Вашей семье, и ЛЮБОЙ ДРУГОЙ ДОХОД.

Укажите чистый доход от собственного бизнеса, фермы или аренды. Рядом с суммой напишите, как часто человек получал его. Если Вы участвуете в инициативе "Приватизация жилья военнослужащими (Military Housing Privatization Initiative)", не учитывайте это жилищное пособие.

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

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

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

**КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СЕМЬИ НА БЕСПЛАТНОЕ ИЛИ ЛЬГОТНОЕ ПИТАНИЕ НА 2017-2018 УЧ. Г.**

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

- Если Вы получили из школьного округа УВЕДОМЛЕНИЕ О СООТВЕТСТВИИ КРИТЕРИЯМ – БЕСПЛАТНОЕ ПИТАНИЕ, не заполняйте это заявление.
- Смотрите “Указания по заполнению” на обратной стороне заявления.

**1 СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ**

Пропишью 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**

Фамилия и имя ребенка

Школа

Класс

Дата рождения

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, смотрите инструкцию по конверсии дохода на обратной стороне**

**Колонка 1**

Укажите **всех** членов семьи, включая детей, которые не ходят в школу, и их доход. Не указывайте учащихся, указанных в части 2, если они не имеют регулярного дохода. (Фамилия, имя)

**Колонка 2**

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД (Общий заработок без вычета удержаний)

**Колонка 3**

ПОЛУЧАЕМЫЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА, МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ (WELFARE) И АЛИМЕНТЫ

**Колонка 4**

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ПЕНСИИ, ПОСОБИЯ ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ, ТРУДОВЫЕ ПЕНСИИ

**Колонка 5**

ДРУГИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ДОХОДЫ – включая пособие по безработице и компенсации рабочим

**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 ОБЕСПЕЧЕНИЯ (Взрослый обязан подписать)**

Я заверяю (ручась), что вся информация, представленная в заявлении, верна (точна), и весь доход указан. Я понимаю, что школа будет получать федеральные средства на основании информации, предоставленной мною. Я понимаю, что школьные сотрудники могут сверить (проверить) информацию. Я понимаю, что если я намеренно предоставлю ложную информацию, мои дети могут лишиться льгот на питание, а меня могут преследовать по закону.

Подпись взрослого члена семьи

Дата подписания

Номер социального обеспечения (См. “Положение о конфиденциальности” на обратной стороне) XXX-XX - \_\_\_\_\_

У меня нет номера социального обеспечения.

X \_\_\_\_\_

Месяц/день/год

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

Отметьте одну этническую принадлежность:

- Испанская или латиноамериканская
- Не испанская и не латиноамериканская

Отметьте одну или более расовых принадлежностей:

- Азиат
- Американский индеец или уроженец Аляски
- Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана
- Черный или афроамериканец
- Белый, не испанского происхождения
- Другое

Я предпочитаю получать 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:

- SNAP/TANF/FDPIR
- foster child categorical
- household income

Reduced based on:

- household income

Denied – Reason:

- income too high
- 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 учитываться как нулевые. Пожалуйста, убедитесь, что Вы хотели оставить поля данных о доходе пустыми.*

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ДОХОДА (ДЛЯ ЗАРАБОТКА & ЗАРПЛАТЫ)

**Ежемесячный доход** всех членов семьи должен быть указан в части 4 данного заявления. Доход - это любые деньги, регулярно получаемые за работу, пособие на ребенка, алименты, пенсии, трудовые пенсии, пособия по социальному обеспечению и деньги, получаемые из любого другого источника. Исключите студенческие 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 до удержаний за один платежный период умножьте на 52. Затем разделите на 12. Полученное значение является общим ежемесячным доходом.

**Члены семьи, получающие зарплату раз в две недели:** Общую сумму заработка до удержаний за один платежный период умножьте на 26. Затем разделите на 12. Полученное значение является общим ежемесячным доходом.

**Члены семьи, получающие зарплату дважды в месяц:** Общую сумму заработка до удержаний за один платежный период умножьте на 24. Затем разделите на 12. Полученное значение является общим ежемесячным доходом.

**Члены семьи, являющиеся сезонными работниками или работающие меньше 12 месяцев:** Спрогнозируйте годовой показатель дохода, который точно отражает реальную ситуацию, затем разделите на 12. Полученное значение является прогнозируемым ежемесячным доходом.

Примечание: Деньги, полученные от принадлежащего Вам бизнеса или фермы, должны указываться в качестве "чистой прибыли". Чистая прибыль определяется как общий доход, остающийся после вычета операционных расходов из валового дохода бизнеса или фермы.

### ФЕДЕРАЛЬНЫЕ НОРМЫ ДОХОДА

Ваши дети могут получить право хотя бы на льготное питание, если доход семьи не выходит за пределы указанные ниже норм.

Размер семьи	Льготное питание				
	Годовой	Раз в месяц	Два раза в месяц	Каждые две недели	Каждую неделю
-1-	22,311	1,860	930	859	430
-2-	30,044	2,504	1,252	1,156	578
-3-	37,777	3,149	1,575	1,453	727
-4-	45,510	3,793	1,897	1,751	876
-5-	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
-6-	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
-7-	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
-8-	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
На каждого дополнительного члена семьи добавьте	7,733	645	323	298	149

### ПОЛОЖЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ – НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ 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, мы не сможем одобрить получение бесплатного или льготного питания Вашим ребенком. Вы обязаны указать последние 4 цифры номера социального обеспечения взрослого члена семьи, подписывающего заявление. Последние 4 цифры номера социального обеспечения указывать не обязательно, когда Вы подаете заявление от имени приемного ребенка или указываете присвоенный Вашему ребенку номер дела участника программы по обеспечению дополнительным питанием (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), программы временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance to Needy Families (TANF)) или программы распределения продовольствия 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 обеспечения. Мы будем использовать Вашу информацию, чтобы определить, имеет ли Ваш ребенок право на бесплатное или льготное питание, а также для управления и реализации 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, чтобы мы этого не делали. Информация, если она раскрыта, будет использована только для того, чтобы выявлять детей, отвечающих установленным требованиям, и стремиться 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 меры возмездия за предыдущую деятельность по защите гражданских прав в какой-либо программе или 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, люди, которые плохо слышат или имеют нарушения 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, кроме английского.

Для подачи жалобы о дискриминации в программе, заполните бланк заявления для подачи 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 для подачи 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.