

**Программа экстренной продовольственной помощи (TEFAP) и
Программа наборов дополнительного продовольствия (CSFP)
ПРОСЬБА О ПЕРЕНАПРАВЛЕНИИ ПОЛУЧАТЕЛЯ**

Название организации:

Сотрудник программы, с которым можно связаться (имя и фамилия, номер телефона и адрес электронной почты, если требуется):

Если вы не хотели бы получать услуги от нашей организации в связи с тем, что вас не устраивает её религиозный характер, пожалуйста, заполните эту форму и передайте её вышеуказанному лицу лично или по почте. Заполнение этой формы является добровольным.

Если вас не устраивает религиозный характер нашей организации, мы постараемся найти другую организацию, которая отвечала бы вашим критериям, и связать вас с этой организацией. При этом мы не можем гарантировать, что другая организация обязательно сможет оказывать вам такие услуги.

- Отметьте квадратик слева, если вы хотите, чтобы мы нашли для вас другую организацию, предоставляющую услуги.

Пожалуйста, укажите следующие сведения:

Ваши имя и фамилия:

Как с вами лучше связаться (телефон / почтовый адрес / эл. почта):

FOR STAFF USE ONLY

1. Date of objection: __/__/__

2. Referral (check one):

- Individual was referred to (name of alternate provider and contact information):
- Individual was given State agency-provided referral information (i.e. a website, hotline, or list of other service providers funded by the State agency)
- Individual left without a referral
- No alternate service provider is available—summarize below what efforts you made to identify an alternate provider (including reaching out to State agency or local or eligible recipient agency):