

긴급 식량 지원 프로그램(TEFAP)

조직 이름:

프로그램 직원 연락처 정보(이름, 전화 번호 및 이메일 주소, 해당하는 경우):

우리 조직의 종교적 특성에 따라 우리의 서비스를 받는 것에 대해 반대하는 사람은 이 양식을 작성하여 위에 명시된 프로그램 담당자에게 보내주십시오. 이 양식의 사용은 자발적입니다.

귀하가 우리 조직의 종교적 특성에 반대하는 경우, 우리는 귀하에게 이의가 없는 대체 제공자를 식별하고 추천하기 위해 합당한 노력을 기울여야 합니다. 그러나 모든 경우에 대체 제공자가 제공될 것이라고 보장할 수는 없습니다.

다른 서비스 제공자를 추천받고 싶는지 확인하십시오. 다음

정보를 제공하십시오:

귀하의 이름:

연락할 수 있는 가장 좋은 방법(전화/주소/이메일):

직원 전용

1. 반대 날짜: _/_/_
2. 추천(한 항목 선택)

() 개인이 (대체 제공자 이름 및 연락처 정보)에게 추천됨:

() 개인에게 주정부 기관이 제공한 추천 정보가 제공됨(예: 주정부 기관이 자금을 지원하는 웹사이트, 핫라인 또는 기타 서비스 제공자 목록)

() 개인이 추천없이 남음

() 대체 서비스 제공자가 없음 - 아래 대체 제공자를 식별하기 위해 취한 노력을 간략히 기술하십시오(주정부 기관이나 현지 또는 유자격 수령 기관에 문의하는 것 포함):