

# Power Packs PROJECT

Empowering families...feeding children

---

The Power Packs Project is designed to help families stretch their grocery budget dollars, prepare low-cost, nutritious meals for their families over the weekend, and nurture children so they can be healthy and ready to learn in school on Monday mornings.

#### WHAT YOU'LL RECEIVE EACH WEEK BY ENROLLING:

- A recipe and the main ingredients to make one weekend meal
- 8-9 grocery items, including protein and fresh produce
- Milk every 2-3 weeks
- Helpful tips for healthy living

#### WHAT YOU MUST DO TO PARTICIPATE:

- Qualify for free and reduced-price school lunches
- Fill out and return the Participant Agreement and accompanying Declaration of Need form
- Pick up your Pack on time each Thursday at the designated site
- *If a participant does not pick up for two consecutive weeks without prior notice or four weeks over the course of the year, that family may be removed from the program.*

If you are in need and pledge to regularly pick up the Power Packs, please complete the attached forms and return them to Office.

**POWER PACKS DISTRIBUTION BEGINS THURSDAY, SEPTEMBER 28<sup>TH</sup>.**

# Power Packs PROJECT



Empowering families...feeding children

El *Power Packs Project* está diseñado para ayudar a familias a cuidar su presupuesto de comida, preparar alimentos nutritivos y baratos durante el fin de semana y nutrir a sus niños para que estén listos para aprender en la escuela el lunes por la mañana.

#### AL INSCRIBIRSE, USTED RECIBIRÁ CADA SEMANA:

- Una receta y los ingredientes principales para prepararla
- De 8 a 9 artículos incluyendo proteína y producto agrícola fresco
- Leche fresca cada 2 a 3 semanas
- Tips para vivir saludablemente

#### PARA PARTICIPAR, NECESITA:

- Calificar para el programa de alimentos gratis y a precio reducido
- Llenar y entregar el *Participant Agreement* y la *Declaration of Need form*
- Recoger su paquete a tiempo cada jueves en su centro de distribución
- *Si no recoge su paquete por dos semanas consecutivas sin aviso previo o cuatro semanas por el curso del año, esa familia puede ser retirada del programa.*

Si usted está interesado/a y se compromete a recoger regularmente su paquete de alimentación, por favor llene los formularios adjuntos y devuélvaselos a

LA DISTRIBUCIÓN DE POWER PACKS EMPIEZA EL JUEVES 28 DE SEPTIEMBRE

## 2017-18 Participant Agreement

Distribution Site: Penn Manor School District

I, \_\_\_\_\_, agree to participate in the Power Packs Project and will consistently pick up my family's Power Pack at one of the following locations:

- Central Manor Elementary 3:00-3:45
- Hambright Elementary 3:00-3:45
- Pequea Elementary 3:00-3:45
- Penn Manor High School 3:30-5:30
- Colemanville United Methodist Church 2:00-4:00
- Manor Heights (Fridays-anytime)
- Willow Run 3:00-3:45

My phone number is: \_\_\_\_\_ My e-mail address is \_\_\_\_\_

I agree to check each of the items in the Pack carefully to ensure that all the food is safe and appropriate for my family and refrigerate the food that must be kept cold. If I am unable to pick up my family's Power Packs, I will find a family member or friend to do so. I understand that if my family's Packs are not picked up on two consecutive Distribution Days or on a total of four Distribution Days during the school year, I may no longer be eligible to participate. I also agree to use only one distribution site. I am committed to improving my family's future, and agree to use the weekly Recipes and Tips provided by the Project, storing them in the folder provided for future reference.

Please list the total number of individuals who live in your household \_\_\_\_\_.

Number of Adults: \_\_\_\_\_ Children: \_\_\_\_\_ Seniors, age 60 and over: \_\_\_\_\_

Adult:	Child / Age :	School:	School ID number:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### PARTICIPATION STATUS

Is this your first time participating in Power Packs?  Yes  No If no, how many years have you been in the program? \_\_\_\_\_

### TRANSPORTATION

Check the mode of transportation your child uses to get home from school:

Bus  Walks  Parent or Sibling Pick Up  Other

### PHOTO/VIDEO RELEASE

I give my permission for photos/videos in which my child (or ward) or myself appears as a participant in the program to appear in brochures, videos and other promotional media used by the Power Packs Project.

Yes, I give my permission.  No, I do not give my permission.

Head of Household's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

For questions regarding this program, contact:

Joy Meley or Deb Meckley, at 717-201-9934 or 717-201-9945 during school hours.

## 2017-18 Contrato de Participación

Escuela: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en participar en el proyecto y Power Packs y recogeré hasta el paquete de energía de la familia en \_\_\_\_\_ en las fechas de distribución en \_\_\_\_\_ p.m.

Mi número de teléfono es: \_\_\_\_\_. Mi correo electrónico es \_\_\_\_\_  
Estoy de acuerdo en comprobar cada uno de los elementos del paquete cuidadosamente para asegurarse de que todos los alimentos son seguros y apropiados para mi familia y refrigerare los alimentos que deben mantenerse fríos. Si no puedo recoger mi familia Power Packs, encontraré a un familiar o amigo para hacerlo. Entiendo que si mi familia Power Pack no son recogios en dos días consecutivos de distribución o en un total de cuatro días de distribución durante el año escolar, quizás ya no pueda participar. También acepto usar sólo un sitio de distribución. Estoy comprometido a mejorar el futuro de mi familia, y estor de acuerdo en usar las Recetas y Consejos proporcionados por el Power Pack Project, almacenándolos en la carpeta que se proporciona para referencia futura.

Por favor Indique el número total de personas que viven en su hogar \_\_\_\_\_.

Número de Adultos: \_\_\_\_\_ Niños: \_\_\_\_\_ Mayores de 60 años y más: \_\_\_\_\_

Adultos:	Niños	Escuela:	Numero de identificación de la escuela:
----------	-------	----------	---

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### ESTADO DE PARTICIPACION

¿Es esta la primera vez participando en Power Packs?  Sí  No  
Si no, ¿cuántos años ha estado en el programa? \_\_\_\_\_

### TRANSPORTACION

Rivise el modo de transporte que su hijo usa para llegar a casa de la escuela:  
 Bus  Caminando  Parent o herman recoge  Otros

### CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAS/VIDEO

Doy mi permiso para fotos/ videos en los que mi hijo (o barro) o yo aparezca como participante en el programa para aparecer en folletos, videos y otros medios de promoción utilizados por Power Packs Project.  
 Sí, doy mi permiso.  No, no doy mi permiso.

Firma del jefe de familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para preguntas relacionadas con esta program, comuníquese co:  
al teléfono \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ durante el horas de escuela.



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF AGRICULTURE

Children (0-17) \_\_\_\_\_  
Adults \_\_\_\_\_  
Seniors (60 and up) \_\_\_\_\_

**Bureau of Food Distribution**

**The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)**

**"Self Declaration of Need"**

Effective July 1, 2017 to Jun 30, 2018

\_\_\_\_\_  
Recipient Name

*Debra M. M...*  
\_\_\_\_\_  
Agency Representative Signature Date

\_\_\_\_\_  
Street Address

*Penn Manor School District*  
\_\_\_\_\_  
Distribution Site Name Number

\_\_\_\_\_  
City State Zip

*Penn Manor School District*  
\_\_\_\_\_  
Distribution Site Location

The Emergency Food Assistance Program is operated in accordance with United States Department of Agriculture (USDA) policy, which prohibits discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. Eligibility is based upon the income guidelines listed below. The recipient circles the entire line that applies to their Household Size, understanding they must be at, or below, the income level indicated to be eligible for program benefits.


Household Size	Total Household Income based on 150% of Poverty			
	Circle One	Annual	Monthly	Weekly
1	\$	18,090	\$ 1,508	\$ 348
2	\$	24,360	\$ 2,030	\$ 468
3	\$	30,630	\$ 2,553	\$ 589
4	\$	36,900	\$ 3,075	\$ 710
5	\$	43,170	\$ 3,598	\$ 830
6	\$	49,440	\$ 4,120	\$ 951
7	\$	55,710	\$ 4,643	\$ 1,071
8	\$	61,980	\$ 5,165	\$ 1,192
For each additional family member add:	\$	6,270	\$ 523	\$ 121

I understand the household income limitations and hereby certify that my household size and income make me eligible for participation in the program. I also certify that, as of today, my household lives in the area served by Pennsylvania in The Emergency Food Assistance Program. This certification form is being completed in connection with the receipt of Federal assistance.

**I UNDERSTAND THAT MAKING A FALSE STATEMENT MAY RESULT IN MY HAVING TO PAY FOR THE VALUE OF THE FOOD IMPROPERLY ISSUED TO ME AND MAY SUBJECT ME TO CRIMINAL PROSECUTION UNDER STATE AND FEDERAL LAW.**

\_\_\_\_\_  
Recipient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

 Return completed form to your designated county agency. If you are unsure of the correct agency, please call the Bureau at 1-800-468-2433.

**THIS FORM IS NOT TO BE ALTERED OR CHANGED IN ANY WAY.**

PLEASE REFER TO THE REVERSE SIDE OF THIS DOCUMENT FOR AN IMPORTANT USDA NON-DISCRIMINATION STATEMENT

## USDA Nondiscrimination Statement

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

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

This institution is an equal opportunity provider.

The Emergency Food Assistance Program  
Pennsylvania TEFAP Proxy Form

Date \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ hereby authorize \_\_\_\_\_ to pick up my  
TEFAP Food Package and deliver it to me.

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Proxy Signature

\_\_\_\_\_  
Pantry Representative

Proxy ID Verified







**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF AGRICULTURE

Niños (0-17) \_\_\_\_\_  
Adultos (18-59) \_\_\_\_\_  
Ancianos (60 o más) \_\_\_\_\_

**Oficina de Distribución de Alimentos**

**El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)**

**"Declaración Personal de Necesidad"**

Efectivo desde el 1 de julio del 2017 al 30 de junio del 2018

Nombre del Recipiente \_\_\_\_\_

Firma de Representante de la Agencia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre del Lugar de Distribución \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Localización del Lugar de distribución \_\_\_\_\_

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia es operado de acuerdo a las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Elegibilidad es basada según la tasa de ingreso a continuación. El recipiente circulará la línea entera que aplica a su Tamaño de Familia, entendiéndose que deben estar en o por debajo del nivel del ingreso para ser elegible para el programa.

Ingreso total del Hogar (basado en un 150% de la línea)			
Tamaño de familia (círculo uno)	Anual	Mensual	Semanal
1	\$ 18,090	\$ 1,508	\$ 348
2	\$ 24,360	\$ 2,030	\$ 468
3	\$ 30,630	\$ 2,553	\$ 589
4	\$ 36,900	\$ 3,075	\$ 710
5	\$ 43,170	\$ 3,598	\$ 830
6	\$ 49,440	\$ 4,120	\$ 951
7	\$ 55,710	\$ 4,643	\$ 1,071
8	\$ 61,980	\$ 5,165	\$ 1,192
Por cada miembro de familia adicional anade:	\$ 6,270	\$ 523	\$ 121

Entiendo las limitaciones de ingreso del hogar y por la presente certifico que el tamaño de mi familia e ingresos me hacen elegible para participar en el programa. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en el área servida en Pennsylvania por El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia. Esta certificación esta siendo completada en conexión con la recepción de asistencia Federal.

**ENTIENDO QUE HACIENDO FALSO TESTIMONIO PUEDE RESULTAR EN TENER QUE PAGAR EL VALOR DE LOS ALIMENTOS OBTENIDOS IMPROPIAMENTE Y PUEDE SER SUJETO A PERSECUCION BAJO LEYES ESTATALES Y FEDERALES.**

Firma del Recipiente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

➔ Devuelva el formulario a su agencia Condado designado. Si no esta seguro de la Agencia correcta, por favor llame la oficina al 1-800-468-2433.

**ESTE FORMULARIO NO DEBE SER ALTERADO O MODIFICADO DE NINGUNA MANERA.**

CONSULTE EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA UNA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN IMPORTANTE DEL USDA

## USDA Nondiscrimination Statement

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture

(1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

Autorizacion Proxy para el programa TEFAP de Pennsylvania

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a, \_\_\_\_\_ para recoger mi  
paquete del alimento TEFAP para ser entregado a mí.

Firma del cliente \_\_\_\_\_



Firma de proxy autorizado \_\_\_\_\_

Representante de la Despensa \_\_\_\_\_

Identificacion del proxy verifi



# Powers Packs<sup>®</sup> PROJECT



Empowering families...feeding children

2017

2018

September						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

January						
S	M	T	W	T	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

18- LS No School  
25- Warwick No School

October						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

February						
S	M	T	W	T	F	S
					2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28			

1- SDOL Closed  
15- MT Early Dismissal

November						
S	M	T	W	T	F	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

March						
S	M	T	W	T	F	S
					2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

8- MT Early Dismissal  
29- No Distribution

December						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

April						
S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

5- MT Early Dismissal  
19- LS Early Dismissal

9- PM Early Dismissal  
23- No Distribution

28- No Distribution

May						
S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		



PPP Distribution  
No Distribution  
PPP Offices Closed

