

Lokalna agencija: <b>Utah Food Bank</b>		Lokacija isporuke:	Datum:
<b>POPUNJAVA OSOBA KOJA SE PRIJAVLJUJE — ŠTAMPANIM SLOVIMA</b>			
Ime i prezime		Adresa	
Grad	Savezna država/Poštanski broj	Okrug	
Kućni telefon	Mobitel	Datum rođenja / /	
Prvi jezik	Adresa e-pošte	Pol Ženski <input type="checkbox"/> Muški <input type="checkbox"/>	
Kako ste saznali za CSFP?			
KUĆNA ADRESA JE POTVRĐENA? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		IDENTITET JE POTVRĐEN? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Vrsta _____			
Jeste li ikad bili u Programu pomoći dopunskom prehranom? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>			
<b>ZASTUPNIK:</b> Dajem ovlaštenje sljedećim osobama da preuzmu moje artikle u slučaju da ja to ne mogu učiniti:		Poštanska adresa (SAMO AKO SE RAZLIKUJE OD ADRESE STANOVANJA)	
Ime i prezime: _____ Ime i prezime: _____		Adresa: _____	
Srodstvo: _____ Srodstvo: _____		Grad: _____	
Telefon: _____ Telefon: _____		Poštanski broj: _____	
<b>NAPOMENA O ZASTUPNIKU: OBAVEZNI SU POTPISI NA 3. STRANICI</b>			
<b>Podaci o rasi i etničkoj pripadnosti</b>			
Ovi podaci su namijenjeni samo za vođenje evidencije. Ne utječu na vašu kvalificiranost za program.			
Jeste li Hispanoamerikanac ili Latinoamerikanac? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>			
Kojoj rasi pripadate?			
Azijska <input type="checkbox"/>	Bijela <input type="checkbox"/>	Crnac ili Afro-Amerikanac <input type="checkbox"/>	
Američki Indijanac ili starosjedilac Aljaske <input type="checkbox"/>		Starosjedilac Havaja ili stanovnik pacifičkih otoka <input type="checkbox"/>	

U skladu s Federalnim zakonom o građanskim pravima te pravilima i propisima Ministarstva poljoprivrede SAD (USDA) o građanskim pravima, zabranjuje se USDA-u, njegovim Agencijama, uredima i zaposlenicima, kao i institucijama koje učestvuju u programima USDA ili ih provode, da u bilo kojem programu ili aktivnosti koju provodi ili finansira USDA vrše diskriminiranje na osnovu rase pripadnosti, boje kože, nacionalnog porijekla, pola, onesposobljenja, starosti ili da primjenjuju odmazdu ili osvetu za ranije aktivnosti u oblasti građanskih prava.

Osobe s onesposobljenjem kojima su neophodna alternativna sredstva komuniciranja za informiranje o programu (npr. materijal na Braillevom pismu, s velikim slovima, na audio traci, američkom znakovnom jeziku itd.), trebaju kontaktirati Agenciju (za saveznu državu ili lokalnu zajednicu) kod koje su se prijavili za pomoć. Gluhe osobe, osobe s oštećenjem sluha ili poremećajima u govoru mogu kontaktirati USDA koristeći Federal Relay Service na broj (800) 877-8339. Dodatno, informacije o programu mogu biti dostupne i na drugim jezicima pored engleskog.

Da biste podnijeli žalbu na diskriminiranje u okviru programa, popunite obrazac [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) koji možete naći na adresi [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), kao i u svakom uredu USDA ili možete napisati pismo adresirano na USDA i u tom pismu navesti sve informacije koje se zahtijevaju u obrascu. Primjerak obrasca za podnošenje žalbe možete tražiti na broj (866) 632-9992. Popunjeni obrazac ili pismo pošaljite na adresu USDA do:

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

Ova institucija pruža ravnopravne mogućnosti prilikom zapošljavanja.

### Provjera prihoda

Starije osobe (dobi 60 godina i više) kvalificirane su za CSFP na osnovu prihoda ukoliko njihov bruto prihod iznosi 150% od federalnog praga siromaštva ili manje.

Mjesečni prihod utvrđuje se na sljedeći način:  Sedmični prihod (x) 4,3  Polumjesečni prihod (2 puta mjesečno) (x) 2  Dvosedmični prihod (x) 2,15  Mjesečni prihod (1 mjesečno)

Član domaćinstva	Plata	Prihod od socijalnog osiguranja/ Mirovina/Penzija	Javna pomoć	Samozaposlenost	Nezaposlenost	Ostalo
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Ukupni prihod iz svih izvora: ,00 USD			Broj osoba koje žive u domaćinstvu:			

### Izjave o potvrđivanju

Objekti izjave se moraju *pročitati osobi koja se prijavljuje* ili ih ona mora *pročitati sama*:

1. Ova prijava se smatra popunjenom u vezi s primanjem federalne pomoći. Zvaničnici programa mogu potvrditi informacije na ovom obrascu. Svjestan/na sam da u slučaju namjernog iznošenje netačnih podataka mogu biti izložen/a krivičnom gonjenju u skladu s relevantnim federalnim propisima i propisima savezne države. Također sam svjestan/na da ne smijem istovremeno primati beneficije i kroz program CSFP i kroz program WIC te da ne smijem istovremeno primati beneficije iz programa CSFP na više od jedne CSFP lokacije. Pored toga, svjestan/na sam i da se informacije koje saopćim mogu razmjenjivati s drugim organizacijama kako bi se otkrilo i spriječilo dvostruko učestvovanje u programima. Date su mi upute i savjeti o mojim pravima i obavezama u okviru programa. Potvrđujem da su informacije koje sam saopćio/la radi utvrđivanja moje kvalificiranosti za program tačne prema mojim saznanjima.

*Navedite odluku označavanjem kvačicom odgovarajućeg polja za potvrdu.*

**1. Da  Ne  Paraf \_\_\_\_\_**

2. Dajem ovlaštenje za saopćavanje informacija navedenih na ovom obrascu za prijavu drugim organizacijama koje provode programe pomoći radi korištenja prilikom utvrđivanja moje kvalificiranosti za učestvovanje u drugim programima pomoći, kao i u svrhe ostvarivanja maksimalnog obuhvata programa.

*Navedite odluku označavanjem kvačicom odgovarajućeg polja za potvrdu.*

**2. Da  Ne  Paraf \_\_\_\_\_**

Kao osoba koja se prijavljuje za program, ili zastupnik/ca osobe koja se prijavljuje za program, razumijem prava i obaveze u okviru Programa pomoći dopunskom prehranom i saglasan/na sam s njima. Dobio/la sam pravila o nepojavljivanju i razumijem da trebam organizirati preuzimanje svog paketa svakog mjeseca ili da trebam napraviti dogovor s Bankom hrane savezne države Utah. Također razumijem da periodi potvrđivanja važe u koracima od po 6 mjeseci, ili na drugi način koji definira Banka hrane savezne države Utah, te da ću svakih 6 mjeseci trebati opet proći postupak potvrđivanja za učestvovanje u programu nakon što poštom primim pismeno obavještenje.

Potpis osobe koja se prijavljuje ili zakonskog staratelja	Datum
Potpis zastupnika	Datum
Potpis zastupnika	Datum

Poštom pošaljite stranice 2-5 iz prijave na adresu Banke hrane savezne države Utah

Utah Food Bank  
 ATTN: CSFP  
 3150 South 900 West  
 Salt Lake City, UT 84119

Ako imate pitanja o prijavi ili postupku, pozovite (801)887-1275.

PROSTOR SAMO ZA AGENCIJU KOJA VRŠI PODDISTRIBUCIJU																					
Primjerak dokumenta Obaveze i odgovornosti u okviru prijave dat je osobi koja se prijavljuje u program prilikom prvog prijavljivanja.	Zvaničnik za distribuciju _____																				
Identifikacija i adresa su potvrđeni.	Zvaničnik za distribuciju _____																				
PROSTOR ISPOD JE SAMO ZA OSOBU KOJA VRŠI POTVRĐIVANJE																					
<p><b>Osobe od 60 godina i starije</b> 150% od federalnih smjernica o pragu siromaštva – važi do februar 2024. Godine do naredne obavijesti</p>	<p>Učesniku je izdato upućivanje? Da <input checked="" type="checkbox"/> Web preuzimanje</p> <p>Učesniku su izdata pravila o nepojavlivanju? Da <input checked="" type="checkbox"/> Web preuzimanje</p> <p>Date su pisane informacije (označite stavke koje vrijede)</p> <p><input type="checkbox"/> Upućivanje za zdravstvene i socijalne usluge <input type="checkbox"/> Prehrana <input type="checkbox"/> 2-1-1 <input type="checkbox"/> SNAP (bonovi za hranu) (španski ili engleski) <input type="checkbox"/> Utah pomaže (španski ili engleski)</p>																				
<p>Maksimalni prihod za domaćinstvo od _____ člana/ova je: _____,00_ USD</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Osobe u porodici ili domaćinstvu</th> </tr> <tr> <th>Broj</th> <th>Mjesečno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>\$1,883</td></tr> <tr><td>2</td><td>\$2,555</td></tr> <tr><td>3</td><td>\$3,228</td></tr> <tr><td>4</td><td>\$3,900</td></tr> <tr><td>5</td><td>\$4,573</td></tr> <tr><td>6</td><td>\$5,245</td></tr> <tr><td>7</td><td>\$5,918</td></tr> <tr><td>8</td><td>\$6,590</td></tr> </tbody> </table> <p>Za svakog dodatnog člana dodaje se 673 USD</p>	Osobe u porodici ili domaćinstvu		Broj	Mjesečno	1	\$1,883	2	\$2,555	3	\$3,228	4	\$3,900	5	\$4,573	6	\$5,245	7	\$5,918	8	\$6,590
Osobe u porodici ili domaćinstvu																					
Broj	Mjesečno																				
1	\$1,883																				
2	\$2,555																				
3	\$3,228																				
4	\$3,900																				
5	\$4,573																				
6	\$5,245																				
7	\$5,918																				
8	\$6,590																				
Preuzimanje <input type="checkbox"/>	Dostava kući <input type="checkbox"/>																				
Je li dostupan broj slučajeva koji se mogu obraditi? Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Klijent je obavješten: <input type="checkbox"/> Telefonom <input type="checkbox"/> Lično <input type="checkbox"/> Poštom																				
<input type="checkbox"/> Kvalificiran/a <input type="checkbox"/> Odobreno <input type="checkbox"/> Na listi čekanja <input type="checkbox"/> <b>Predprijava</b> Period potvrđivanja: _____ do: _____ Izradio: _____ Datum: _____ _____ Potpis/Titula osobe koja vrši provjeru <b>Ime i prezime štampanim slovima:</b>	<input type="checkbox"/> Nije kvalificiran/a zbog: Izradio: _____ Datum: _____ _____ Potpis/Titula osobe koja vrši provjeru <b>Ime i prezime štampanim slovima:</b>																				

U skladu s Federalnim zakonom o građanskim pravima te pravilima i propisima Ministarstva poljoprivrede SAD (USDA) o građanskim pravima, zabranjuje se USDA-u, njegovim Agencijama, uredima i zaposlenicima, kao i institucijama koje učestvuju u programima USDA ili ih provode, da u bilo kojem programu ili aktivnosti koju provodi ili finansira USDA vrše diskriminiranje na osnovu rase pripadnosti, boje kože, nacionalnog porijekla, pola, onesposobljenja, starosti ili da primjenjuju odmazdu ili osvetu za ranije aktivnosti u oblasti građanskih prava.

Osobe s onesposobljenjem kojima su neophodna alternativna sredstva komuniciranja za informiranje o programu (npr. materijal na Braillevom pismu, s velikim slovima, na audio traci, američkom znakovnom jeziku itd.), trebaju kontaktirati Agenciju (za saveznu državu ili lokalnu zajednicu) kod koje su se prijavili za pomoć. Gluhe osobe, osobe s oštećenjem sluha ili poremećajima u govoru mogu kontaktirati USDA koristeći Federal Relay Service na broj (800) 877-8339. Dodatno, informacije o programu mogu biti dostupne i na drugim jezicima pored engleskog.

Da biste podnijeli žalbu na diskriminiranje u okviru programa, popunite obrazac [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) koji možete naći na adresi [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), kao i u svakom uredu USDA ili možete napisati pismo adresirano na USDA i u tom pismu navesti sve informacije koje se zahtijevaju u obrascu. Primjerak obrasca za podnošenje žalbe možete tražiti na broj (866) 632-9992. Popunjeni obrazac ili pismo pošaljite na adresu USDA do:

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

Ova institucija pruža ravnopravne mogućnosti prilikom zapošljavanja.

Hvala vam na interesiranju za Program pomoći dopunskom prehranom (CSFP). Popunite sljedeći prijavni obrazac i kontrolnu listu. Popunjene aplikacije pošaljite na adresu Banke hrane savezne države Utah radi brže obrade zahtjeva. Ako ne možete poštom poslati prijavu, predajte je na lokaciji sa spiska ispod koja vam je najbliža.

- Odštampajte sve stranice i popunite sve informacije o učesniku/ci na stranicama 1- 4.
- Fotokopija identifikacijskog dokumenta (vozačka dozvola ili lična karta) i potvrda o adresi (lična karta ili plaćeni račun za komunalne usluge) u slučaju slanja poštom; u suprotnom, ponesite originalne dokumente radi vizuelnog potvrđivanja prilikom ličnog predavanja prijave.
- Zadržite i pročitajte dokumente: Prava i obaveze osobe koja se prijavljuje, Pravila i nepojavljivanju i Upućivanje za socijalne usluge.
- Poštom pošaljite stranice 1-4 iz prijave na adresu Banke hrane savezne države Utah.

Hvala što ste podnijeli prijavu za CSFP. Od Banke hrane savezne države Utah ćete primiti pismo radi ažuriranja statusa prijavljivanja. Ako imate pitanja o prijavi ili postupku, pozovite (801)887-1275.

## PRAVA I OBAVEZE OSOBE KOJA SE PRIJAVLJUJE

Nepoštivanje pravila navedenih ispod može dovesti do diskvalificiranja iz učestvovanja u Programu pomoći dopunskom prehranom (CSFP).

### Prava

1. Standardi za učestvovanje u Programu su isti za sve osobe bez obzira na rasu pripadnost, boju kože, pol, nacionalni porijeklo, životnu dob ili onesposobljenje.
2. Imate pravo uložiti žalbu na odluku koju donese lokalna agencija o tome da vam se uskrati ili prekine učestvovanje u Programu. Imate pravo na pravično saslušanje.
3. Lokalna agencija će poslati obavještenje o odluci o uskraćivanju ili prekidanju beneficija iz programa CSFP. Lokalna agencija će također poslati obavještenje o pravu osobe da uloži žalbu na odluku zahtijevanjem pravičnog saslušanja.
4. Lokalna agencija će omogućiti podučavanje o prehrani za sve odrasle učesnike/ce, kao i za roditelje ili njegovatelje dojenčadi i djece koja učestvuju u programu i podsticat će ih da pohađaju podučavanje.
5. Lokalna agencija će saopćavati informacije o drugim programima prehrane, zdravlja ili pomoći i davat će upućivanja po potrebi.
6. Neodgovarajuće korištenje ili primanje beneficija iz programa CSFP uslijed dvostrukog učestvovanja ili drugih kršenja programa može dovesti do iznošenja potraživanja prema datoj osobi da nadoknadi vrijednost primljenih beneficija te može dovesti do diskvalificiranja iz programa CSFP.
7. Učesnici/e moraju prijaviti promjene u iznosu prihoda ili sastava domaćinstva u roku od 10 dana nakon što data promjena stupi na snagu za domaćinstvo.

### Obaveze

1. Nemojte davati lažne usmene ili pismene izjave radi ostvarivanja beneficija za koje vi ili vaše domaćinstvo inače ne biste bili kvalificirani.
2. Nemojte sakrivati informacije radi pribavljanja beneficija za koje niste kvalificirani.
3. Nemojte mijenjati dokumente Programa u svrhu primanja većih beneficija za koje niste kvalificirani ili u svrhu prenošenja beneficija na neovlaštene osobe.
4. Nemojte koristiti dopunsku prehranu na neovlaštenu način, npr. trgovanjem ili prodavanjem prehrambenih artikala.
5. Ne smijete ostvarivati dvostruko učestvovanje u programu CSFP (na lokalnom nivou i/ili na nivou savezne države).

### Nekvalificiranost

Primio/la sam pismeno obavještenje da nisam kvalificiran/a za učestvovanje u Programu pomoći dopunskom prehranom i imam pravo na pravično saslušanje. Nisam kvalificiran/a za učestvovanje na osnovu sljedećih kriterija: Prihod/Kućna adresa/Kategorija.

### Pravo na podnošenje žalbe/pravično saslušanje

Ukoliko niste zadovoljni određenim postupanjem ili izostankom postupanja u vezi s vašom prijavom za Program pomoći dopunskom prehranom ili u vezi s beneficijama u hrani koje trenutno primete ili zbog

toga što su vam takve beneficije otkazane, imate pravo uložiti žalbu. (Međutim, pravično saslušanje se ne odobrava u slučaju da se federalnim zakonom ili zakonom savezne države zahtijeva automatsko prilagođavanje donacija). Žalbu možete podnijeti usmeno ili pismenim putem lokalnom uredu Ministarstva zdravlja savezne države Utah za Program pomoći dopunskom prehranom, P.O. Box 141013, Salt Lake City, UT 84114, 801-273-2915 u roku od 30 kalendarskih dana od datuma navedenog na ovom obavještenju.

Na pravičnom saslušanju, svoj slučaj možete iznijeti vi sami ili to može učiniti član domaćinstva ili predstavnik, kao što je pravni zastupnik, član rodbine, prijatelj/ica ili druga osoba po vašem izboru koja može govoriti u vaše ime. Pravični saslušanje će voditi nepristrasni zvaničnik koji će donijeti odluku o vašem slučaju. Međutim, nema odredbi prema kojima Ministarstvo može platiti troškove za pravnog zastupnika.

Ukoliko zatražite pravično saslušanje zbog reduciranja ili ukidanja beneficija u roku od 15 kalendarskih dana od dana ovog obavještenja, nastaviti ćete primati beneficije na trenutnom nivou najmanje do datuma saslušanja.

---

U skladu s Federalnim zakonom o građanskim pravima te pravilima i propisima Ministarstva poljoprivrede SAD (USDA) o građanskim pravima, zabranjuje se USDA-u, njegovim Agencijama, uredima i zaposlenicima, kao i institucijama koje učestvuju u programima USDA ili ih provode, da u bilo kojem programu ili aktivnosti koju provodi ili finansira USDA vrše diskriminiranje na osnovu rase pripadnosti, boje kože, nacionalnog porijekla, pola, onesposobljenja, starosti ili da primjenjuju odmazdu ili osvetu za ranije aktivnosti u oblasti građanskih prava.

Osobe s onesposobljenjem kojima su neophodna alternativna sredstva komuniciranja za informiranje o programu (npr. materijal na Braillevom pismu, s velikim slovima, na audio traci, američkom znakovnom jeziku itd.), trebaju kontaktirati Agenciju (za saveznu državu ili lokalnu zajednicu) kod koje su se prijavili za pomoć. Gluhe osobe, osobe s oštećenjem sluha ili poremećajima u govoru mogu kontaktirati USDA koristeći Federal Relay Service na broj (800) 877-8339. Dodatno, informacije o programu mogu biti dostupne i na drugim jezicima pored engleskog.

Da biste podnijeli žalbu na diskriminiranje u okviru programa, popunite obrazac [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) koji možete naći na adresi [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), kao i u svakom uredu USDA ili možete napisati pismo adresirano na USDA i u tom pismu navesti sve informacije koje se zahtijevaju u obrascu. Primjerak obrasca za podnošenje žalbe možete tražiti na broj (866) 632-9992. Popunjeni obrazac ili pismo pošaljite na adresu USDA do:

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

Ova institucija pruža ravnopravne mogućnosti prilikom zapošljavanja.

---



Kontakt osoba u Ministarstvu  
zdravlja savezne države Utah:

---

Arie Van De Graaff  
Kordinatorica programa  
Telefon: 801-245-0087

Kontakt osoba u Banci hrane savezne  
države Utah:

---

Denise Nielson  
Kordinatorica za rad na terenu  
Telefon: 801-887-1275

## PRAVILA O NEPOJAVLJIVANJU

U sklopu Programa pomoći dopunskom prehranom (CSFP) potrebno je svakog mjeseca preuzimati pakete s hranom na određenim lokacijama. Svakom učesniku ili učesnici će biti saopćeno vrijeme i lokacija za mjesečno preuzimanje. Ukoliko učesnik/ca ne preuzme paket za dati mjesec, smatrat će se da se učesnik/ca “nije pojavio/la”. Kršenje pravila o “nepojavljivanju” dovodi do gubitka CSFP beneficija.

Pravila CSFP-a o nepojavljivanju su sljedeća:

1. U slučaju da učesnik/ca ne preuzme pakete s hranom dva (2) mjeseca zaredom, bit će uklonjen/a iz programa CSFP.
2. Učesnici/e u programu koji/e su u bolnici, van grada ili nisu u mogućnosti preuzeti paket s hranom zbog bolesti dva (2) mjeseca zaredom mogu ostati u programu i neće biti uklonjeno ukoliko kontaktiraju Banku hrane savezne države Utah na broj (801)887-1275.
3. Učesnici/e koji/e su uklonjeni/e iz programa zbog kršenja pravila o “nepojavljivanju” mogu se ponovo prijaviti za beneficije izuzev u slučaju da su u ranijem periodu dva puta prekršili/e pravilo o “nepojavljivanju”. Ukoliko postoji lista čekanja, prema učesnicima/ama koji/e se ponovo prijavljuju nakon kršenja pravila o “nepojavljivanju” mora se postupati kao da se prijavljuju po prvi put i moraju biti stavljeni/e na listi čekanja prema redoslijedu kojim su stupili/e u kontakt s Bankom hrane savezne države Utah.
4. Učesnici/e koji/e prekrše pravilo o “nepojavljivanju” po treći puta unutar perioda od dvanaest (12) mjeseci moraju se diskvalificirati iz programa CSFP na period od maksimalno jedne godine, izuzev u slučaju da lokalna agencija utvrdi da bi diskvalificiranje predstavljalo veliki rizik po zdravlje date osobe.
5. Učesnici/e koji/e prekrše pravilo o “nepojavljivanju” imaju pravo zahtijevati pravično saslušanje kontaktiranjem lokalnog agenta za program CSFP na broj (801) 273-2915. Učesnici/e imaju rok od trideset (30) dana od datuma navedenog na pismenom obavještenju da zatraže pravično saslušanje.

- 2-1-1 ..... 2-1-1  
 Usluge: Informacije i upućivanja o polno prenosivim bolestima, vakcinisanjima, zloupotrebi alkohola i droga, seksualnom zlostavljanju ili silovanju, nasilju u porodici, savjetovanju itd.
- Usluge zaštite odraslih ..... 801-538-3567  
 Usluge: Istraživanje mogućih slučajeva zlostavljanja, zanemarivanja ili eksploatiranja ugroženih odraslih osoba starijih od 18 godina.
- Telefonski broj za informacije o starenju ..... 877-424-4640
- Smanjenje poreza na nekretnine (eng. Circuit Breaker) ..... 385-468-8300  
 Usluge: Pomoć za starije osobe s niskim prihodima za program smanjenja poreskih davanja na nekretnine.
- Telefonski broj za slučajeve zlostavljanja ili zanemarivanja starijih osoba .... 800-371-7897
- Prehrana za starije osobe ili osobe s onesposobljenjem ..... 385-468-3220  
[www.aging.slco.org](http://www.aging.slco.org)  
 Usluge: Dostavljanje obroka kući starijim osobama koje ne mogu napuštati dom starijim od 60 godina i koje nemaju na raspolaganju druge resurse za pripremanje hrane.
- Program socijalne zdravstvene zaštite Medicaid ..... 800-662-9651  
 Usluge: Troškovi medicinske njege za domaćinstva s ograničenim prihodima koja ispunjavaju kriterije.
- Program socijalnog osiguranja Medicare ..... 800-MEDICARE (633-4227)  
[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)  
 Usluge: Zdravstveno osiguranje za osobe stare 65 godina i više.
- Državni program osnovne pomoći za komunalne usluge (State Energy Assistance Lifeline - SEAL)  
<http://jobs.utah.gov/housing/seal/>  
 HEAT, UMP, EAF ..... 800-331-4341  
 Usluge: Pomoć s grijanjem preko zime i interveniranje u kriznim situacijama tokom cijele godine.
- Program HELP ..... 801-468-0221  
 Usluge: Popusti na mjesečne račune za korisnike usluga kompanije Rocky Mountain Power.
- UTAP ..... 800-948-7840  
 Usluge: Popusti na usluge fiksne telefonije u domaćinstvima (ne za mobilne telefone).
- Program dodatne prehrane (SNAP)..... 866-435-7414  
<http://jobs.utah.gov/customereducation/services/foodstamps/>  
 Usluge: “Bonovi za hranu” za kupovinu hrane ili prehrambenih proizvoda s nutritivnom vrijednošću.
- Dodatna sigurnost za prihode (SSI) ..... 800-772-1213  
 Usluge: Mjesečne beneficije za osobe stare 65 godina i više ili koje ispunjavaju druge kriterije kvalificiranosti.
- Poreska komisija savezne države Utah (Smanjenje poreza na nekretnine-Rabat za iznajmljivače) . ..... 801-297-2200  
 Services: Informacije i obrasci za potraživanje za programe za vlasnike nekretnina za stanovanje i rabate za iznajmljivače. Odgovaranje na pitanja u vezi s porezima.