

**ALL FAITHS FOOD BANK**

**EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)**  
 (PROGRAM POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ W SYTUACJACH NAGŁYCH)  
**CERTIFICATION OF ELIGIBILITY TO TAKE FOOD HOME**  
 (POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZABIERANIA ŻYWNOŚCI DO DOMU)  
 7 CFR 251

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Liczba osób w gospodarstwie domowym: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

County (powiat): \_\_\_\_\_

Poniżej przedstawiono roczny dochód brutto dla rodzin o różnej wielkości. Osoby, których dochód na gospodarstwo domowe jest taki sam lub niższy niż dochód podany dla danej liczby osób w gospodarstwie domowym, kwalifikują się do otrzymywania żywności. **Poniższa tabela obowiązuje od 1 lipca 2023 do 30 czerwca 2024.**

Liczba osób w gospodarstwie domowym	Roczny dochód	Miesięczny dochód	Dwa razy w miesiącu	Co dwa tygodnie	Dochód tygodniowy
1	\$18,954	\$1,580	\$790	\$729	\$365
2	\$25,636	\$2,137	\$1,069	\$986	\$493
3	\$32,318	\$2,694	\$1,347	\$1,243	\$622
4	\$39,000	\$3,250	\$1,625	\$1,500	\$750
5	\$45,682	\$3,807	\$1,904	\$1,757	\$879
6	\$52,364	\$4,364	\$2,182	\$2,014	\$1,007
7	\$59,046	\$4,921	\$2,461	\$2,271	\$1,136
8	\$65,728	\$5,478	\$2,739	\$2,528	\$1,264
W przypadku każdego dodatkowego członka rodziny należy dodać:	\$6,682	\$557	\$279	\$257	\$129

**W tabeli podano kryteria uprawniające dotyczące dochodu miesięcznego, dochodu otrzymywanego dwa razy w miesiącu (24 wypłaty w roku), dochodu otrzymywanego co dwa tygodnie (26 wypłat w roku) i dochodu tygodniowego.**

Osoby, których gospodarstwo domowe spełnia podane wyżej warunki dotyczące dochodu lub uczestniczy w dowolnym z poniższych programów, kwalifikują się do otrzymywania żywności z programu TEFAP. Proszę zaznaczyć właściwą kategorię.

- \_\_\_\_\_ Uprawnienia wynikające z dochodu
- \_\_\_\_\_ *Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)* (Program Pomocy Żywnościowej) (wcześniej znany pod nazwą *Food Stamps* – Talony żywnościowe)
- \_\_\_\_\_ *Temporary Assistance to Needy Families (TANF)* (Tymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie)
- \_\_\_\_\_ *Supplemental Security Income – SSI* (Uzupełniająca zapomoga rządowa)
- \_\_\_\_\_ *Medicaid* (Pomoc medyczna dla osób z niskimi dochodami)

Proszę uważnie przeczytać poniższe oświadczenie, a następnie podpisać formularz i wstawić dzisiejszą datę. Aby zakwalifikować się do otrzymywania żywności z USDA (Ministerstwo Rolnictwa USA) wystarczy spełnić tylko jedno z tych wymagań.

*Oświadczam, że dochód roczny brutto w moim gospodarstwie domowym jest na poziomie lub niższy od dochodu podanego w tym formularzu dla gospodarstw domowych z taką samą liczbą osób, **LUB** że uczestniczę w programie(-ach), które zaznaczyłem(-am) na formularzu. Oświadczam również, że w chwili obecnej mieszkam w stanie Floryda. Niniejsze oświadczenie składane jest w związku z otrzymaniem pomocy federalnej. Urzędnicy zawiadujący tym programem mogą weryfikować zgodność podanych przeze mnie danych z prawdą. Rozumiem, że złożenie fałszywego oświadczenia może spowodować konieczność zapłacenia agencji stanowej za otrzymaną żywność, a także skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności cywilnej lub karnej w świetle przepisów stanowych i federalnych.*

\_\_\_\_\_ Podpis

\_\_\_\_\_ Data

**OŚWIADCZENIE TO WAŻNE JEST PRZEZ OKRES JEDNEGO ROKU i w razie potrzeby może być odnawiane. Wszelkie zmiany w gospodarstwie domowym należy niezwłocznie zgłaszać agencji zajmującej się dystrybucją.**

**OPCJONALNIE: Upoważniam \_\_\_\_\_ do odebrania w moim imieniu żywności z USDA.**

“Zgodnie z prawem federalnym dotyczącym praw obywatelskich oraz przepisami Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA) dotyczącymi praw obywatelskich, instytucja ta nie może dyskryminować ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowościowe, płeć, niepełnosprawność, wiek lub działać odwetowo za wcześniejszą działalność w zakresie praw obywatelskich.

Informacje o programie mogą być udostępniane w językach innych niż angielski. Osoby niepełnosprawne, które wymagają alternatywnych środków komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. alfabet Braille 'a, duży druk, taśma audio, amerykański język migowy), powinny skontaktować się z odpowiedzialnymi władzami stanowymi lub agencją lokalną, która kieruje programem lub centrum TARGET USDA pod numerem telefonu (202) 720-2600 (głosowo i TTY) lub skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federalnej Służby Przekazu pod numerem telefonu (800) 877-8339.

Aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w programie, Skarżący powinien wypełnić Formularz AD-3027, czyli Formularz skargi na dyskryminację w programie USDA, który można uzyskać online pod adresem: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, z dowolnego biura USDA, lub dzwoniąc pod numer (866) 632-9992 lub pisząc pismo zaadresowane do USDA. Pismo musi zawierać imię i nazwisko, adres, numer telefonu oraz pisemny opis domniemanego działania dyskryminacyjnego w sposób wystarczająco szczegółowy, aby poinformować asystenta sekretarza ds. praw obywatelskich (ASCR) o charakterze i dacie domniemanego naruszenia praw obywatelskich. Wypełniony formularz AD-3027 lub pismo należy złożyć do USDA za pośrednictwem:

1. **poczty:**

U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; lub

2. **faksem:**

(833) 256-1665 lub (202) 690-7442; lub

3. **poprzez e-mail:**

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)”

Instytucja ta jest świadczeniodawcą zapewniającym równe uprawnienia