

ALL FAITHS FOOD BANK

EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)
 CERTIFICATION OF ELIGIBILITY TO TAKE FOOD HOME
 7 CFR 251

Имя и Фамилия: _____

Количество человек в семье: _____

Адрес: _____

Графство _____

Ниже указан годовой доход до вычета налогов на семью в зависимости от количества членов в семье. Если доход вашей семьи меньше или равняется доходу, указанному ниже на семью вашего размера, то вы имеете право на получение продовольственной помощи. **Данные в таблице действительны с 1 июля 2023 года по 30 июня 2024 года.**

Количество человек в семье	Доход за год	Доход за месяц	Дважды в месяц	Каждые две недели	Доход за неделю
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
Для каждого дополнительного члена семьи добавить:	\$6,682	\$557	\$279	\$257	\$129

Данная таблица отражает критерии требований к доходу беря за основу ежемесячный доход, доход дважды в месяц (24 выплаты в год), доход каждые две недели (26 выплат в год) и доход за каждую неделю.

Если ваша семья соответствует указанным выше требованиям по доходу или участвует в любых из нижеперечисленных программах, то вы имеете право на получение продовольственной помощи по программе TEFAP. Пожалуйста, отметьте галочкой подходящую для вас категорию.

- Соответствие критериям по доходу
- Программа дополнительного питания (SNAP) (ранее под названием Food Stamps)
- Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)
- Дополнительный социальный доход (SSI)
- Medicaid

Пожалуйста, внимательно прочтите заявление ниже, подпишите форму и укажите сегодняшнюю дату. Чтобы получить продовольственную помощь от USDA, вам достаточно соответствовать одному из перечисленных критериев.

*Я подтверждаю, что мой годовой доход на семью до вычисления налогов равен или менее дохода, указанного на данной форме для семьи с таким же количеством человек **ИЛИ** что я участвую в программе(-ах), которые я отметил на форме.*

Я также подтверждаю, что в данный момент я проживаю в штате Флорида. Данное заявление подаётся в связи с получением Федеральной помощи. Администраторы программы имеют право проверить подлинность сделанных мной заявлений. Я понимаю, что мои ложные заявления могут привести к тому, что я буду должен возместить Агентству Штата стоимость выданной мне неправильным образом продовольственной помощи, и меня могут преследовать в гражданском или уголовном порядке в согласии с Федеральными законами и законами штата.

Подпись

Дата

ДАННЫЙ СЕРТИФИКАТ ДЕЙСТВИТЕЛЕН НА СРОК ОДОГО ГОДА и может быть продлён при необходимости. Обо всех изменениях касательно семьи необходимо немедленно заявить в ведущее агенство.

ПО ЖЕЛАНИЮ: Я разрешаю _____ забирать продукты от USDA от моего имени.

“В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и положениями и политиками в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA) этому учреждению запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возрасту, репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны связаться с ответственным государственным или местным агентством, которое управляет программой, или с Центром TARGET Министерства сельского хозяйства США по телефону (202) 720-2600 (голос и телетайп) или свяжитесь с Министерством сельского хозяйства США через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, форму жалобы на дискриминацию в программе Министерства сельского хозяйства США, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, из любого офиса USDA, по телефону (866) 632-9992 или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму или письмо AD-3027 необходимо отправить в Министерство сельского хозяйства США:

1. По почте:

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

2. Факс:

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

3. Эл. почта:

program.intake@usda.gov”

Это учреждение предоставляет равные возможности.