

ALL FAITHS FOOD BANK

ПРОГРАМА ЕКСТРЕНОЇ ПРОДОВОЛЬЧОЇ ДОПОМОГИ (TEFAP) ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПРАВА БРАТИ ПРОДУКТИ ХАРЧУВАННЯ ДОДОМУ Частина 251 глави 7 Кодексу федеральних нормативно-правових актів

Повне ім'я: _____ Розмір домогосподарства, осіб: _____
Адреса: _____
Округ: _____

Далі наведено річний сукупний дохід у розрізі розміру сім'ї. Якщо дохід усіх членів вашого домогосподарства не перевищує суми доходу, вказаної для розміру вашого домогосподарства, ви маєте право на отримання продуктів харчування. **Ця таблиця чинна з 1 липня 2024 року по 30 червня 2025 року.**

| Розмір домогосподарства, осіб | Річний дохід | Місячний дохід | Двічі на місяць | Кожні два тижні | Дохід за тиждень |
|---|--------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 1 | \$19,578 | \$1,632 | \$816 | \$753 | \$377 |
| 2 | \$26,572 | \$2,215 | \$1,108 | \$1,022 | \$511 |
| 3 | \$33,566 | \$2,798 | \$1,399 | \$1,291 | \$646 |
| 4 | \$40,560 | \$3,380 | \$1,690 | \$1,560 | \$780 |
| 5 | \$47,554 | \$3,963 | \$1,982 | \$1,829 | \$915 |
| 6 | \$54,548 | \$4,546 | \$2,273 | \$2,098 | \$1,049 |
| 7 | \$61,542 | \$5,129 | \$2,565 | \$2,367 | \$1,184 |
| 8 | \$68,536 | \$5,712 | \$2,856 | \$2,636 | \$1,318 |
| На кожного наступного члена сім'ї додати: | \$6,994 | \$583 | \$292 | \$269 | \$135 |

У таблиці деталізовано критерії відповідності за місячним доходом, доходом, що ви одержуєте двічі на місяць (24 платежі на рік), доходом, що ви одержуєте кожні два тижні (26 платежів на рік), і доходом за тиждень.

Ви маєте право на отримання їжі за програмою TEFAP, якщо ваше домогосподарство відповідає наведеним показникам доходу або бере участь у будь-якій з перелічених далі програм. Будь ласка, поставте галочку ліворуч відповідної категорії.

- Відповідність рівня доходу
- Програма пільгової купівлі продуктів харчування (SNAP) (відома як програма продуктових талонів)
- Тимчасова допомога нужденним сім'ям (TANF)
- Додатковий соціальний дохід (SSI)
- Medicaid

Уважно ознайомтеся із наведеним далі текстом заяви, підпишіть форму та вкажіть сьогоднішню дату. Ви маєте право отримувати продукти за програмами Міністерства сільського господарства США, якщо відповідаєте хоча б одній із цих вимог.

*Я підтверджую, що сукупний дохід мого домогосподарства не перевищує доходу, зазначеного в цій формі для домогосподарства такого ж розміру, **АБО** що я беру участь у програмі (-ах), які я позначив (-ла) на цій формі. Я також підтверджую, що на сьогоднішній день я проживаю на території штату Флорида. Ця форма підтвердження подається у зв'язку з отриманням федеральної допомоги. Представники програми можуть перевірити правдивість наданих мною даних. Я розумію, що в разі надання неправдивих даних у цій формі підтвердження мене можуть зобов'язати відшкодувати агентству штату вартість необґрунтовано виданих мені продуктів харчування та притягнути до цивільної чи кримінальної відповідальності згідно із законами штату та федеральними законами.*

Підпис: _____ Дата: _____

СТРОК ДІЇ ЦЬОЇ ФОРМИ ПІДТВЕРДЖЕННЯ СКЛАДАЄ ОДИН РІК. За потреби її дію можна поновити. Про будь-які зміни у фінансовому стані домогосподарства необхідно негайно повідомити агентство, що організовує видачу продуктів.

НЕ ОBOB'ЯЗКОВО: Доручаю _____ забирати продукти за програмою Міністерства сільського господарства США від мого імені.

“Відповідно до федерального закону про громадянські права та правил і політики Міністерства сільського господарства США (USDA), цій установі заборонено прояв дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, інвалідність, вік або репресалії чи помсти за попередню діяльність стосовно громадянських прав.

Інформація про програму може бути доступною іншими мовами, а не лише англійською. Особи з обмеженими можливостями, яким потрібні альтернативні засоби комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіокасети, американська мова жестів), повинні зв'язатися з відповідальним державним або місцевим органом, що керує програмою, або в TARGET Center USDA за номером (202) 720- 2600 (голос та телетайп) або зв'яжіться з USDA через Федеральну службу ретрансляції за номером (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу щодо дискримінації по програмі, Заявник повинен заповнити форму AD-3027, форму скарги щодо дискримінації в рамках програми USDA, яку можна отримати онлайн за адресою: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR %20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), у будь-якому офісі USDA, зателефонувавши на номером (866) 632-9992 або написавши листа, адресованого USDA. Лист має містити ім'я заявника, адресу, номер телефону та письмовий опис ймовірної дискримінаційної дії з наданням достатньої кількості деталей, щоб повідомити помічника секретаря з цивільних прав (ASCR) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму або лист AD-3027 необхідно надіслати до USDA наступним чином:

- Пошта:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; або
- Факс:**
(833) 256-1665 або (202) 690-7442; або
- Електронна пошта:**
program.intake@usda.gov

Ця установа є постачальником рівних можливостей.