

ALL FAITHS FOOD BANK

برنامج المساعدة الغذائية الطارئة (TEFAP)
شهادة الأهلية لأخذ الطعام إلى المنزل
CFR 251 7 (قانون اللوائح الفيدرالية 251)

الاسم: _____ عدد الأشخاص في الأسرة: _____

المقاطعة: _____ الرمز البريدي: _____

إذا كان دخل أسرتك يساوي أو أقل من الدخل المدرج لعدد الأشخاص في أسرتك، فأنت مؤهل لتلقي الطعام. الجدول أدناه ساري من 1 يوليو 2024 إلى 30 يونيو 2025.

الدخل الأسبوعي	كل أسبوعين	مرتين في الشهر	الدخل الشهري	الدخل السنوي	حجم الأسرة
869\$	1738\$	1883\$	3,765\$	45,180\$	1
1,179\$	2,358\$	2,555\$	5,110\$	61,320\$	2
1,490\$	2,979\$	3,228\$	6,455\$	77,460\$	3
1,800\$	3,600\$	3,900\$	7,800\$	93,600\$	4
2,110\$	4,221\$	4,573\$	9,145\$	109,740\$	5
2,421\$	4,842\$	5,245\$	10,490\$	125,880\$	6
2,731\$	5,462\$	5,918\$	11,835\$	142,020\$	7
3,042\$	6,083\$	6,590\$	13,180\$	158,160\$	8
310\$	621\$	673\$	1,345\$	16,140\$	لإضافة كل فرد إضافي في الأسرة، أضيف:

أنت مؤهل لتلقي الطعام من برنامج TEFAP إذا كانت أسرتك تستوفي إرشادات الدخل المذكورة أعلاه أو تشارك في أي من البرامج التالية. يرجى وضع علامة صح في المساحة بجانب الفئة التي تنطبق.

أهلية الدخل _____
برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP) (المعروف أيضًا ببطاقات الطعام) _____
المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) _____
دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI) _____
ميديكيد _____

يجب على موظفي الوكالة المحلية الموزعة وضع علامة في هذا المربع بعد أن يقرأ المتقدم بيان التصديق أدناه:

أقر، من خلال الإقرار الذاتي، أن دخلي الإجمالي السنوي للأسرة هو نفسه أو أقل من الدخل المدرج في هذا النموذج للأسر التي تحتوي على نفس عدد الأشخاص أو أنني أشارك في البرنامج (البرامج) التي قمت بتحديدتها في هذا النموذج. أقر أيضًا أنه اعتبارًا من اليوم، أعيش في ولاية فلوريدا. يتم تقديم هذا التصديق فيما يتعلق بتلقي المساعدة الفيدرالية. أفهم أن تقديم تصديق كاذب قد يؤدي إلى ضرورة دفع المبلغ لوكالة الدولة مقابل قيمة الطعام الذي تم إصداره لي بشكل غير صحيح وقد يعرضني للملاحقة المدنية أو الجنائية بموجب قوانين الدولة والقانون الفيدرالي.

اختياري: أنا أفوض _____ لجمع المواد الغذائية من إدارة الزراعة الأمريكية (USDA) نيابةً عني.

يجب الإبلاغ عن أي تغييرات في ظروف الأسرة إلى الوكالة الموزعة على الفور.

يرجى الرجوع إلى الجهة الخلفية من هذا المستند لبيان عدم التمييز من إدارة الزراعة الأمريكية (USDA).

"وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو الإعاقة، أو العمر، أو الانتقام أو الانتقام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق."

قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل بديلة للتواصل للحصول على معلومات البرنامج (مثل: الكتابة بطريقة بريل، أو الطباعة الكبيرة، أو الأشرطة الصوتية، أو لغة الإشارة الأمريكية) يجب عليهم الاتصال بالوكالة المحلية أو الحكومية المسؤولة عن إدارة البرنامج أو بمركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم (202) 2600-720 (صوتي و TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الاتصالات الفيدرالية على الرقم (800) 8339-877.

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على المشتكي ملء نموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في البرنامج التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على الرابط التالي:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>

أو من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، أو بالاتصال على الرقم (866) 9992-632، أو عن طريق كتابة رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية. يجب أن تحتوي الرسالة على اسم الشاكي، عنوانه، رقم هاتفه، ووصف كتابي للعملية التمييزية المزعومة بتفصيل كافٍ لإعلام مساعد وزير الحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية. يجب تقديم نموذج AD-3027 المكتمل أو الرسالة إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق:

1. البريد:

وزارة الزراعة
الأمريكية مكتب مساعد وزير الحقوق المدنية 1400
شارع الاستقلال،
SW واشنطن، D.C. 20250-9410؛ أو

2. فاكس:

(833) 1665-256 أو (202) 7442-690؛ أو

3. البريد الإلكتروني:

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

هذه المؤسسة مزود متساوي الفرص.