

ALL FAITHS FOOD BANK

THE EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP) PROGRAM POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ W NAGŁYCH WYPADKACH

ZAŚWIADCZENIE O UPRAWNIENIU DO ODBIORU ŻYWNOŚCI DO DOMU

7 CFR 251

Nazwa: _____ Liczba osób w gospodarstwie domowym: _____

Hrabstwo: _____ Kod pocztowy: _____

Jeśli dochód Pana(-i) gospodarstwa domowego jest równy lub niższy dochodowi podanemu dla liczby osób w Pana(-i) gospodarstwie domowym, kwalifikuje się Pan(i) do otrzymania żywności. **Poniższa tabela obowiązuje od 1 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2025 roku.**

Rozmiar gospodarstwa domowego	Roczny dochód	Miesięczny dochód	Dwa razy w miesiącu	Co dwa tygodnie	Tygodniowy dochód
1	\$45,180	\$3,765	\$1883	\$1738	\$869
2	\$61,320	\$5,110	\$2,555	\$2,358	\$1,179
3	\$77,460	\$6,455	\$3,228	\$2,979	\$1,490
4	\$93,600	\$7,800	\$3,900	\$3,600	\$1,800
5	\$109,740	\$9,145	\$4,573	\$4,221	\$2,110
6	\$125,880	\$10,490	\$5,245	\$4,842	\$2,421
7	\$142,020	\$11,835	\$5,918	\$5,462	\$2,731
8	\$158,160	\$13,180	\$6,590	\$6,083	\$3,042
Za każdą dodatkową osobę należy dodać	\$16,140	\$1,345	\$673	\$621	\$310

Do otrzymania żywności z programu TEFAP kwalifikuje się Pan(i) , jeśli Pana(i) gospodarstwo domowe spełnia powyższe wytyczne dotyczące dochodów lub uczestniczy w jednym z poniższych programów. Prosimy o umieszczenie znacznika wyboru w miejscu obok odpowiedniej kategorii.

- _____ Prawo do uzyskiwania dochodu
- _____ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (aka Food Stamps) (uzupełniający program pomocy żywieniowej)
- _____ Temporary Assistance to Needy Families (TANF) (tymczasowa pomoc dla rodzin potrzebujących)
- _____ Supplemental Security Income (SSI) (dodatkowy dochód z ubezpieczenia)
- _____ Medicaid (ubezpieczenie zdrowotne)

Pracownicy Lokalnej Agencji Dystrybucyjnej muszą zaznaczyć to pole po przeczytaniu przez wnioskodawcę poniższego oświadczenia:

*Oświadczam, że roczny dochód brutto mojego gospodarstwa domowego jest równy lub niższy od dochodu wymienionego w niniejszym formularzu dla gospodarstw domowych o tej samej liczbie osób **LUB** że uczestniczę w programie(-ach), które zaznaczyłem(-am) w niniejszym formularzu. Oświadczam również, że na dzień dzisiejszy mieszkam w stanie Floryda. Niniejsze zaświadczenie jest składane w związku z otrzymaniem pomocy federalnej. Rozumiem, że złożenie fałszywego zaświadczenia może skutkować koniecznością zapłacenia agencji stanowej za wartość nieprawidłowo wydanej mi żywności i może narazić mnie na postępowanie cywilne lub karne zgodnie z prawem stanowym i federalnym.*

OPCJONALNIE: Upoważniam _____ do odbioru żywności USDA w moim imieniu.

Wszelkie zmiany w sytuacji gospodarstwa domowego należy niezwłocznie zgłaszać agencji dystrybucyjnej.

OŚWIADCZENIE O NIEDYSKRYMINACJI USDA ZNAJDUJE SIĘ NA ODWRÓCIE NINIEJSZEGO DOKUMENTU

"Zgodnie z federalnym prawem dotyczącym praw obywatelskich oraz przepisami i polityką praw obywatelskich Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA), w tej instytucji obowiązuje zakaz dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, niepełnosprawność, wiek oraz represje lub odwet za wcześniejszą działalność na rzecz praw obywatelskich.

Informacje o programie mogą być udostępniane w językach innych niż angielski. Osoby niepełnosprawne, które potrzebują alternatywnych środków komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. alfabet Braille'a, duży druk, taśma audio, amerykański język migowy), powinny skontaktować się z odpowiedzialną agencją stanową lub lokalną, która zarządza programem lub z Centrum TARGET USDA pod numerem (202) 720-2600 (głos i TTY) lub skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federalnej Służby Przekaznikowej pod numerem (800) 877-8339.

Aby złożyć skargę na dyskryminację w ramach programu, osoba wnosząca skargę musi wypełnić Formularz AD-3027, 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, dzwoniąc pod numer (866) 632-9992 lub pisząc list zaadresowany do USDA. List musi zawierać imię i nazwisko osoby wnoszącej skargę, 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 przekazać do USDA poprzez:

1. **mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; lub
2. **faks:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; lub
3. **email:**
program.intake@usda.gov

Ta instytucja zapewnia równe możliwości dla wszystkich.