

**ALL FAITHS FOOD BANK**

**ПРОГРАМА ЕКСТРЕНОЇ ПРОДОВОЛЬНОЇ ДОПОМОГИ (TEFAP)  
ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПРАВА НА ЗАБИРАННЯ ЇЖИ ДОДОМУ  
7 CFR 251**

Ім'я: \_\_\_\_\_

Кількість осіб у сім'ї: \_\_\_\_\_

Округ: \_\_\_\_\_

Поштовий індекс: \_\_\_\_\_

Якщо дохід вашої сім'ї дорівнює або менший за дохід, зазначений для кількості осіб у вашій сім'ї, ви маєте право на отримання продовольчої допомоги. **Наведена нижче таблиця діє з 1 липня 2024 року до 30 червня 2025 року.**

Кількість осіб у сім'ї	Річний дохід	Щомісячний дохід	Двічі на місяць	Кожні два тижні	Щотижневий дохід
1	45,180 дол.США	3,765 дол.США	1883 дол.США	1738 дол.США	869 дол.США
2	61,320 дол.США	5,110 дол.США	2,555 дол.США	2,358 дол.США	1,179 дол.США
3	77,460 дол.США	6,455 дол.США	3,228 дол.США	2,979 дол.США	1,490 дол.США
4	93,600 дол.США	7,800 дол.США	3,900 дол.США	3,600 дол.США	1,800 дол.США
5	109,740 дол.США	9,145 дол.США	4,573 дол.США	4,221 дол.США	2,110 дол.США
6	125,880 дол.США	10,490 дол.США	5,245 дол.США	4,842 дол.США	2,421 дол.США
7	142,020 дол.США	11,835 дол.США	5,918 дол.США	5,462 дол.США	2,731 дол.США
8	158,160 дол.США	13,180 дол.США	6,590 дол.США	6,083 дол.США	3,042 дол.США
Для кожного додаткового члена сім'ї додавайте:	16,140 дол.США	1,345 дол.США	673 дол.США	621 дол.США	310 дол.США

Ви маєте право на отримання продовольчої допомоги від TEFAP, якщо ваша сім'я відповідає зазначеним вище критеріям доходу або бере участь у будь-якій із наведених нижче програм. Будь ласка, поставте відмітку біля відповідної категорії.

- \_\_\_\_\_ Право на отримання доходу
- \_\_\_\_\_ Програма додаткової продовольчої допомоги (SNAP) (також відома як продовольчі талони)
- \_\_\_\_\_ Тимчасова допомога для нужденних сімей (TANF)
- \_\_\_\_\_ Додатковий соціальний дохід (SSI)
- \_\_\_\_\_ Medicaid

Працівники місцевого агентства розподілу повинні відмітити цей пункт після того, як заявник ознайомиться із наведеним нижче підтвердженням:

*Я особисто підтверджую, що річний валовий дохід моєї сім'ї дорівнює або менший за дохід, зазначений у цій формі для сімей з такою ж кількістю людей **АБО** що я беру участь у програмі(ах), які я відмітив у цій формі. Я також підтверджую, що на сьогоднішній день я проживаю у штаті Флорида. Це підтвердження подається у зв'язку з отриманням федеральної допомоги. Я розумію, що надання неправдивої інформації може призвести до необхідності відшкодування агентству штату вартості продовольства, неправомірно виданого мені, а також до кримінальної чи адміністративної відповідальності відповідно до законів штату та федеральних законів.*

**ДОДАТКОВО:** Я дозволяю \_\_\_\_\_ забирати продовольство USDA від мого імені.

**Будь-які зміни в обставинах сім'ї повинні бути негайно повідомлені агентству-розподільнику.**

БУДЬ ЛАСКА, ОЗНАЙОМТЕСЯ ІЗ ЗАЯВОЮ USDA ПРО ЗАБОРОНУ ДИСКРИМІНАЦІЇ НА ЗВОТНОМУ БОЦІ ЦЬОГО ДОКУМЕНТА

«Відповідно до федерального закону про громадянські права та нормативних актів і політики Департаменту сільськогосподарства США (USDA) у сфері громадянських прав, цьому закладу забороняється дискримінація за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, інвалідності, віку, а також репресії або помста за попередню діяльність, пов'язану з громадянськими правами.»

Інформація про програму може бути доступна іншими мовами, крім англійської. Особи з обмеженими можливостями, яким потрібні альтернативні засоби комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів), повинні звернутися до відповідного державного чи місцевого агентства, яке адмініструє програму, або до центру TARGET Департаменту сільськогосподарства США за телефоном (202) 720-2600 (для голосових дзвінків та телетайпу) або звернутися до Департаменту сільськогосподарства США через Федеральну службу ретрансляції за телефоном (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу на дискримінацію в програмі, заявник повинен заповнити форму AD-3027, форму скарги на дискримінацію в програмі 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>, у будь-якому управлінні USDA, зателефонувавши за номером (866) 632-9992 або написавши листа до USDA. Лист повинен містити ім'я заявника, адресу, номер телефону та письмовий опис передбачуваних дискримінаційних дій із зазначенням достатньої кількості деталей для повідомлення помічника секретаря з громадянських прав (ASCR) про характер та дату передбачуваного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до Департаменту сільськогосподарства США:

**1. Поштою:**

Департамент сільськогосподарства США  
Управління помічника секретаря з громадянських прав  
1400 Independence Avenue, SW  
Вашингтон, округ Колумбія, 20250-9410; або

**2. факсом:**

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

**3. електронною поштою:**

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

Цей заклад надає рівні можливості.