

ALL FAITHS FOOD BANK

**O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ALIMENTAR EMERGENCIAL (TEFAP)
CERTIFICAÇÃO DE ELEGIBILIDADE PARA LEVAR ALIMENTOS PARA CASA
7 CFR 251**

Nome: _____ Número de Pessoas no Domicílio: _____

Condado: _____ CEP: _____

Se o rendimento do seu domicílio for igual ou inferior ao rendimento listado para o número de pessoas no seu domicílio, você está qualificado para receber alimentos. **A tabela abaixo está em vigor de 1º de julho de 2024 a 30 de junho de 2025.**

Tamanho do Domicílio	Rendimento Anual	Rendimento Mensal	Duas vezes por mês	Quinzenal	Rendimento Semanal
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
Para cada membro adicional da família, adicione:	\$16,140	\$1,345	\$673	\$621	\$310

Você está qualificado para receber alimentos do TEFAP se o seu domicílio atender às diretrizes de rendimento acima ou participar de qualquer um dos seguintes programas. Coloque uma marca de seleção no espaço ao lado da categoria que se aplica.

- _____ Elegibilidade de rendimentos
- _____ Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) (também conhecido como Food Stamps)
- _____ Assistência Temporária a Famílias Carentes (TANF)
- _____ Suplemento de Previdência (SSI)
- _____ Medicaid

A equipe da Local Distributing Agency deve marcar esta caixa depois que o candidato tiver lido a declaração de certificação abaixo:

*Certifico, por meio de autodeclaração, que meu rendimento bruto anual domiciliar é igual ou inferior ao rendimento listado neste formulário para domicílios com o mesmo número de pessoas **OU** que participo do(s) programa(s) que assinali neste formulário. Também certifico que, a partir de hoje, resido no Estado da Flórida. Esta certificação está sendo enviada em conexão com o recebimento de assistência Federal. Entendo que a emissão de uma certificação falsa pode resultar na necessidade de pagar ao órgão Estadual o valor dos alimentos indevidamente emitidos para mim e pode me sujeitar a um processo civil ou criminal de acordo com as leis Estaduais e Federais.*

OPCIONAL: Eu autorizo _____ a retirada de alimentos da USDA em meu nome.

Qualquer mudança nas circunstâncias do domicílio deve ser informada imediatamente à agência de distribuição.

FAVOR CONSULTAR NO VERSO DESTES DOCUMENTOS A DECLARAÇÃO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO DO USDA

“De acordo com a lei federal de direitos civis e com os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, deficiência, idade, represália ou retaliação por atividades anteriores relacionadas a direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do Inglês. Pessoas com deficiência que necessitem de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fitas de áudio, linguagem americana de sinais) devem entrar em contato com o órgão estadual ou local responsável que administra o programa ou com o TARGET Center do USDA pelo telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação de programa, o Reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação de Discriminação de Programa do USDA, que pode ser obtido online em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, em qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992 ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, o endereço, o número de telefone do reclamante e uma descrição por escrito da ação discriminatória alegada, com detalhes suficientes para informar o Secretário Assistente de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário ou carta AD-3027 preenchido deve ser enviado ao USDA por:

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

Esta instituição é uma provedora de oportunidades igualitárias.