

ALL FAITHS FOOD BANK

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

اسم: _____ عدد الأشخاص في الأسرة: _____
المقاطعة: _____ الرمز البريدي: _____

إذا كان دخل أسرتك مساوياً أو أقل من الدخل المدرج لعدد الأشخاص في أسرتك، فأنت مؤهل لتلقي الطعام. إرشادات أهلية الدخل لبرنامج TEFAP - 2025.

الدخل الأسبوعي	كل اسبوعين	مرتين في الشهر	الدخل الشهري	الدخل السنوي	حجم الأسرة
903\$	1806\$	1956\$	3,913\$	46,950\$	1
1,220\$	2,440\$	2,644\$	5,288\$	63,450\$	2
1,538\$	3,075\$	3,331\$	6,663\$	79,950\$	3
1,855\$	3,710\$	4,019\$	8,038\$	96,450\$	4
2,172\$	4,344\$	4,706\$	9,413\$	112,950\$	5
2,489\$	4,979\$	5,394\$	10,788\$	129,450\$	6
2,807\$	5,613\$	6,081\$	12,163\$	145,950\$	7
3,124\$	6,248\$	6,769\$	13,538\$	162,450\$	8
317\$	635\$	688\$	1,375\$	16,500\$	لكل عضو إضافي في العائلة أضف:

أنت مؤهل لتلقي الطعام من TEFAP إذا كانت أسرتك تلي إرشادات الدخل المذكورة أعلاه أو تشارك في أي من البرامج التالية. يرجى وضع علامة اختيار في المساحة الموجودة بجوار الفئة التي تنطبق عليك.

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

يجب على موظفي وكالة التوزيع المحلية تحديد هذا المربع، بعد أن يقرأ مقدم الطلب بيان الشهادة أدناه:

أقر، من خلال الإقرار الذاتي، بأن إجمالي دخل أسرتي السنوي يساوي أو يقل عن الدخل المدرج في هذا النموذج للأسر التي تضم نفس عدد الأشخاص أو أنني أشارك في البرنامج (البرامج) التي قمت بفحصها في هذا النموذج. وأشهد أيضاً أنني اعتباراً من اليوم، أقيم في ولاية فلوريدا. تم تقديم هذه الشهادة فيما يتعلق بتلقي المساعدة الفيدرالية. أفهم أن تقديم شهادة مزورة قد يؤدي إلى الاضطرار إلى دفع قيمة الطعام الذي تم إصداره لي بشكل غير صحيح لوكالة الدولة وقد يعرضني للملاحقة المدنية أو الجنائية بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي.

اختياري: أوافق _____ لاستلام الأظعمة التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية نيابة عني.

يجب الإبلاغ عن أي تغييرات في ظروف الأسرة إلى وكالة التوزيع على الفور.

يرجى الرجوع إلى الجانب الخلفي من هذه الوثيقة لمعرفة بيان عدم التمييز الصادر عن وزارة الزراعة الأمريكية

"وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) المتعلقة بالحقوق المدنية، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو العمر أو الانتقام أو الانتقام من نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية.

قد تكون معلومات البرنامج متاحة بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (على سبيل المثال، برايل، أو الطباعة الكبيرة، أو الشريط الصوتي، أو لغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالوكالة المسؤولة على مستوى الولاية أو المحلية التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم (202) 2600-720 (الصوت و TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339.

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على المشتكي استكمال النموذج AD-3027، نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>، من أي مكتب لوزارة الزراعة الأمريكية، أو عن طريق الاتصال على الرقم (866) 9992-632، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. يجب أن تتضمن الرسالة اسم المشتكي وعنوانه ورقم هاتفه ووصفاً مكتوباً للإجراء التمييزي المزعم بنفاصل كافية لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعم. يجب تقديم النموذج أو الرسالة AD-3027 المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق:

1. البريد:

وزارة الزراعة الأمريكية
، مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية،
1400 شارع الاستقلال، جنوب غرب واشنطن
العاصمة، 20250-9410؛ أو

2. الفاكس:

(833) 1665-256 أو (202) 7442-690؛ أو

3. البريد الإلكتروني:

program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة توفر فرص متساوية.