

**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. **Wytyczne dotyczące uprawnień wynikających z dochodu w ramach programu TEFAP – 2025.**

| Rozmiar gospodarstwa domowego          | Roczny dochód | Miesięczny dochód | Dwa razy w miesiącu | Co dwa tygodnie | Tygodniowy dochód |
|----------------------------------------|---------------|-------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| 1                                      | \$46,950      | \$3,913           | \$1956              | \$1806          | \$903             |
| 2                                      | \$63,450      | \$5,288           | \$2,644             | \$2,440         | \$1,220           |
| 3                                      | \$79,950      | \$6,663           | \$3,331             | \$3,075         | \$1,538           |
| 4                                      | \$96,450      | \$8,038           | \$4,019             | \$3,710         | \$1,855           |
| 5                                      | \$112,950     | \$9,413           | \$4,706             | \$4,344         | \$2,172           |
| 6                                      | \$129,450     | \$10,788          | \$5,394             | \$4,979         | \$2,489           |
| 7                                      | \$145,950     | \$12,163          | \$6,081             | \$5,613         | \$2,807           |
| 8                                      | \$162,450     | \$13,538          | \$6,769             | \$6,248         | \$3,124           |
| Za każdą dodatkową osobę należy dodać: | \$16,500      | \$1,375           | \$688               | \$635           | \$317             |

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.

- ☐ Uprawnienia wynikające z 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) (zasiłek uzupełniający rządowy)
- ☐ Medicaid (ubezpieczenie zdrowotne dla osób z niskimi dochodami)

☐ 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 NIEDYSKRIMINACJI 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. **fax:**  
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; lub
3. **email:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Ta instytucja zapewnia równe możliwości dla wszystkich.