

ALL FAITHS FOOD BANK

ПРОГРАММА ЭКСТРЕННОЙ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПОМОЩИ (TEFAP) ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НА ДОМ 7 CFR 251

Полное Имя: _____
Округ: _____

Количество членов в семье: _____
Почтовый индекс: _____

Если доход вашей семьи находится на уровне или меньше суммы, определенной для количества лиц в вашей семье, вы имеете право на получение продуктов питания. **Инструкция по определению соответствия критериям программы TEFAP по доходу в 2025 году.**

Состав семьи	Годовой доход	Ежемесячный доход	Дважды в месяц	Каждые две недели	Еженедельный доход
1	46 950 долл. США	3 913 долл. США	1 956 долл. США	1 806 долл. США	903 долл. США
2	63 450 долл. США	5 288 долл. США	2 644 долл. США	2 440 долл. США	1 220 долл. США
3	79 950 долл. США	6 663 долл. США	3 331 долл. США	3 075 долл. США	1 538 долл. США
4	96 450 долл. США	8 038 долл. США	4 019 долл. США	3 710 долл. США	1 855 долл. США
5	112 950 долл. США	9 413 долл. США	4 706 долл. США	4 344 долл. США	2 172 долл. США
6	129 450 долл. США	10 788 долл. США	5 394 долл. США	4 979 долл. США	2 489 долл. США
7	145 950 долл. США	12 163 долл. США	6 081 долл. США	5 613 долл. США	2 807 долл. США
8	162 450 долл. США	13 538 долл. США	6 769 долл. США	6 248 долл. США	3 124 долл. США
На каждого дополнительного члена семьи добавьте:	16 500 долл. США	1 375 долл. США	688 долл. США	635 долл. США	317 долл. США

Вы имеете право получать продукты питания по программе TEFAP, если ваша семья соответствует указанным критериям дохода или является участником любой из указанных ниже программ. Поставьте отметку к соответствующей категории.

- ☐ Соответствие критериям по доходу
☐ Программа оказания помощи на дополнительное питание (SNAP) (также известная как продовольственные талоны)
☐ Программа государственной помощи нуждающимся семьям (TANF)
☐ Дополнительный гарантированный доход (SSI)
☐ Medicaid

☐ Работник местного распределительного учреждения должен поставить отметку в этом поле после того, как заявитель ознакомится с приведенным ниже текстом подтверждения:

*Я лично свидетельствую, что годовой совокупный доход моей семьи на уровне или меньше суммы дохода, указанной в этой форме для семьи с таким же количеством членов, **ИЛИ** что я являюсь участником программ(ы), указанной(ых) в этой форме. Я также подтверждаю, что на момент подписания этой формы проживаю на территории штата Флорида. Предоставление этого подтверждения связано с получением федеральной помощи. Я понимаю, что ложное подтверждение может привести к обязанности возместить учреждениям штата стоимость неправомерно полученных продуктов питания, а также может повлечь гражданскую или уголовную ответственность в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством.*

НЕОБЯЗАТЕЛЬНО:

Я уполномочиваю _____ получать продукты питания USDA от моего имени.

Просьба немедленно уведомить распределительное учреждение о каких-либо изменениях семейного положения!

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ НА ОБОРОТЕ ЭТОГО ДОКУМЕНТА — ЗАЯВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА США О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ:

«В соответствии с федеральным законодательством в сфере гражданских прав и политики Министерства сельского хозяйства США (USDA), это учреждение не имеет права дискриминировать по признаку расы, цвета кожи, национальности, пола, наличия инвалидности, возраста или в ответ на предыдущие жалобы на нарушение гражданских прав.

Кроме английского, информация об этой программе может быть предоставлена на других языках. Лица с инвалидностью, требующие альтернативных способов получения информации о программе (например, шрифтом Брайля, увеличенным шрифтом, в форме аудиозаписи, на американском жестовом языке и т.п.), должны обратиться в соответствующее учреждение (на уровне штата или местного сообщества), управляющее программой, или к TA2ET6-0 (голосовая связь или телетайп), или к USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу по дискриминации в программе, заявитель должен заполнить Форму жалобы о дискриминации в программах USDA (форма AD-3027). Ее можно получить, загрузив онлайн по ссылке: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, лично в любом управлении USDA, по телефону (866) 632-9992 или отправив письмо по адресу USDA. В письме должно быть указано имя, адрес, номер телефона заявителя, а также максимально подробное письменное описание потенциальной дискриминации, чтобы информировать Заместителя секретаря Управления по гражданским правам (ASCR) о характере и дате потенциального нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо подать в USDA следующим образом:

1. почтой по адресу:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; или

2. факсом:

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

3. эл. почтой:

program.intake@usda.gov”

Это учреждение стремится предоставлять равные возможности для всех.