

ALL FAITHS FOOD BANK

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ALIMENTAR DE EMERGÊNCIA (TEFAP)
CERTIFICADO DE ELEGIBILIDADE PARA LEVAR ALIMENTOS PARA CASA
7 CFR 251**

Nome: _____

Número de Pessoas na Residência: _____

País: _____

CEP: _____

Se a renda da sua família estiver igual ou abaixo da renda indicada para o número de pessoas na sua residência, você está elegível para receber alimentos. **Diretrizes de Elegibilidade de Renda do TEFAP – 2026.**

Número de Pessoas na Residência	Renda Anual	Renda Mensal	Renda Quinzenal (Duas Vezes por Mês)	A cada Duas Semanas	Renda Semanal
1	\$47,880	\$3,990	\$1,995	\$1,842	\$921
2	\$64,920	\$5,410	\$2,705	\$2,497	\$1,248
3	\$81,960	\$6,830	\$3,415	\$3,152	\$1,576
4	\$99,000	\$8,250	\$4,125	\$3,808	\$1,904
5	\$116,040	\$9,670	\$4,835	\$4,463	\$2,232
6	\$133,080	\$11,090	\$5,545	\$5,118	\$2,559
7	\$150,120	\$12,510	\$6,255	\$5,774	\$2,887
8	\$167,160	\$13,930	\$6,965	\$6,429	\$3,215
Para cada membro adicional da família, acrescente:	\$17,040	\$1,420	\$710	\$655	\$328

Você é elegível para receber alimentos do TEFAP se sua família atender às diretrizes de renda acima ou participar de algum dos programas listados a seguir. Por favor, indique com um X no espaço ao lado da categoria que se aplica.

- _____ Elegibilidade de renda
_____ Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) (também conhecido como Vale-Alimentação)
_____ Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF)
_____ Renda Suplementar de Segurança Social (SSI)
_____ Medicaid

☐ O funcionário da Agência Local Distribuidora deve marcar esta caixa, após o requerente ter lido a declaração de certificação abaixo:

*Eu certifico, por auto declaração, que a renda bruta anual da minha família está igual ou abaixo da renda indicada neste formulário para famílias com o mesmo número de pessoas **OU** que participo dos programas que assinei neste formulário. Também certifico que, até a presente data, resido no Estado da Flórida. Esta certificação está sendo apresentada em relação ao recebimento de assistência federal. Compreendo que a apresentação de uma certificação falsa pode resultar na obrigação de pagar à agência estadual o valor dos alimentos fornecidos indevidamente e pode sujeitar-me a processos civis ou criminais, conforme as leis estaduais e federais.*

OPCIONAL: Eu autorizo _____ a retirar alimentos do USDA em meu nome.

Quaisquer mudanças nas circunstâncias da família devem ser comunicadas imediatamente à agência distribuidora.

POR FAVOR, CONSULTE O VERSO DESTES DOCUMENTOS PARA A DECLARAÇÃO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO DO USDA

“De acordo com a lei federal de direitos civis e 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, origem nacional, sexo, deficiência, idade ou retaliação por atividades anteriores relacionadas a direitos civis.

As informações do programa podem estar disponíveis em idiomas além do Inglês. Pessoas com deficiência que necessitem de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, impressão em tamanho grande, fitas de áudio, Língua de Sinais Americana) devem entrar em contato com a agência estadual ou local responsável pela administração do programa ou com o Centro TARGET do USDA pelo telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou contatar o USDA por meio do Serviço Federal de Retransmissão pelo número (800) 877-8339.

Para apresentar uma reclamação por discriminação no programa, o reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação por Discriminação do Programa 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 enviando uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone do reclamante e uma descrição escrita da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar ao Secretário Assistente de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data da alegada violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta deve ser enviada ao USDA para:

1. **correio:**

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

2. **fax:**

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

3. **e-mail:**

program.intake@usda.gov”

Esta instituição é um provedor que oferece oportunidades iguais.