

**ALL FAITHS FOOD BANK**

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

Имя: \_\_\_\_\_

Количество членов семьи: \_\_\_\_\_

Округ: \_\_\_\_\_

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 2026 году.**

Состав семьи	Ежегодный доход	Ежемесячный доход	Дважды в месяц	Каждые две недели	Еженедельный доход
1	47 880 ДОЛЛ. США	3 990 ДОЛЛ. США	1 995 ДОЛЛ. США	1 842 ДОЛЛ. США	921 ДОЛЛ. США
2	64 920 ДОЛЛ. США	5 410 ДОЛЛ. США	2 705 ДОЛЛ. США	2 497 ДОЛЛ. США	1 248 ДОЛЛ. США
3	81 960 ДОЛЛ. США	6 830 ДОЛЛ. США	3 415 ДОЛЛ. США	3 152 ДОЛЛ. США	1 576 ДОЛЛ. США
4	99 000 ДОЛЛ. США	8 250 ДОЛЛ. США	4 125 ДОЛЛ. США	3 808 ДОЛЛ. США	1 904 ДОЛЛ. США
5	116 040 ДОЛЛ. США	9 670 ДОЛЛ. США	4 835 ДОЛЛ. США	4 463 ДОЛЛ. США	2 232 ДОЛЛ. США
6	13 3080 ДОЛЛ. США	11 090 ДОЛЛ. США	5 545 ДОЛЛ. США	5 118 ДОЛЛ. США	2 559 ДОЛЛ. США
7	150 120 ДОЛЛ. США	12 510 ДОЛЛ. США	6 255 ДОЛЛ. США	5 774 ДОЛЛ. США	2 887 ДОЛЛ. США
8	167 160 ДОЛЛ. США	13 930 ДОЛЛ. США	6 965 ДОЛЛ. США	6 429 ДОЛЛ. США	3 215 ДОЛЛ. США
Для каждого дополнительного члена семьи добавьте:	17 040 ДОЛЛ. США	1 420 ДОЛЛ. США	710 ДОЛЛ. США	655 ДОЛЛ. США	317 ДОЛЛ. США

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

**О каких-либо изменениях в обстоятельствах семьи следует немедленно уведомлять распределительное учреждение.**

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](mailto:program.intake@usda.gov)”

Это учреждение стремится предоставлять всем равные возможности.