

ALL FAITHS FOOD BANK

**ПРОГРАМА ЕКСТРЕНОЇ ПРОДОВОЛЬЧОЇ ДОПОМОГИ (TEFAP)
ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПРАВА НА ОТРИМАННЯ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ НА ДІМ
7 CFR 251**

Ім'я: _____

Кількість членів сім'ї: _____

Округ: _____

Поштовий індекс: _____

Якщо дохід вашої сім'ї є на рівні або менше суми, визначеної для кількості осіб у вашій сім'ї, ви маєте право на отримання харчових продуктів. **Інструкція з визначення відповідності критеріям програми TEFAP щодо доходу у 2026 році.**

Склад сім'ї	Щорічний дохід	Щомісячний дохід	Двічі на місяць	Кожні два тижні	Щотижневий дохід
1	47 880 дол. США	3 990 дол. США	1 995 дол. США	1 842 дол. США	921 дол. США
2	64 920 дол. США	5 410 дол. США	2 705 дол. США	2 497 дол. США	1 248 дол. США
3	81 960 дол. США	6 830 дол. США	3 415 дол. США	3 152 дол. США	1 576 дол. США
4	99 000 дол. США	8 250 дол. США	4 125 дол. США	3 808 дол. США	1 904 дол. США
5	116 040 дол. США	9 670 дол. США	4 835 дол. США	4 463 дол. США	2 232 дол. США
6	13 3080 дол. США	11 090 дол. США	5 545 дол. США	5 118 дол. США	2 559 дол. США
7	150 120 дол. США	12 510 дол. США	6 255 дол. США	5 774 дол. США	2 887 дол. США
8	167 160 дол. США	13 930 дол. США	6 965 дол. США	6 429 дол. США	3 215 дол. США
Для кожного додаткового члена сім'ї додайте:	17 040 дол. США	1 420 дол. США	710 дол. США	655 дол. США	317 дол. США

Ви маєте право отримувати харчові продукти за програмою TEFAP, якщо ваша сім'я відповідає вказаним критеріям щодо доходу або є учасником будь-якої із зазначених нижче програм. Поставте позначку біля відповідної категорії.

- _____ Відповідність критеріям щодо доходу
_____ Програма надання допомоги на додаткове харчування (SNAP) (також відома як продовольчі талони)
_____ Програма державної допомоги нужденним сім'ям (TANF)
_____ Додатковий гарантований дохід (SSI)
_____ Medicaid

Працівник місцевої розподільчої установи має поставити позначку в цьому полі після того, як заявник ознайомиться з наведеним нижче текстом підтвердження:

*Я особисто засвідчую, що річний сукупний дохід моєї сім'ї є на рівні або менше суми доходу, вказаної у цій формі для сім'ї із такою ж кількістю членів, **АБО** що я є учасником програм(и), зазначених у цій формі. Я також підтверджую, що на момент підписання цієї форми я проживаю на території штату Флорида. Надання цього підтвердження пов'язано з отриманням федеральної допомоги. Я розумію, що неправдиве підтвердження може призвести до обов'язку відшкодувати установам штату вартість неправомірно отриманих харчових продуктів, а також може тягнути за собою цивільну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством штату та федеральним законодавством.*

НЕОБОВ'ЯЗКОВО: Я уповноважую
продукти USDA від мого імені.

отримувати харчові

Про будь-які зміни в обставинах сім'ї слід негайно повідомляти розподільчій установі.

ОЗНАЙОМТЕСЯ З ІНФОРМАЦІЄЮ НА ЗВОРОТІ ЦЬОГО ДОКУМЕНТА — ЗАЯВА USDA ПРО НЕДОПУЩЕННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ:

«Відповідно до федерального законодавства у сфері громадянських прав та політики Міністерства сільського господарства США (USDA), ця установа не має права дискримінувати за ознакою раси, кольору шкіри, національності, статі, наявності інвалідності, віку або у відповідь на попередні скарги на порушення громадянських прав.

Окрім англійської, інформація про цю програму може бути надана іншими мовами. Особи з інвалідністю, які потребують альтернативних способів отримання інформації про програму (наприклад, шрифтом Брайля, збільшеним шрифтом, у формі аудіозапису, американською жестовою мовою тощо), мають звернутися до відповідної установи (на рівні штату чи місцевої громади), яка керує програмою, або до TARGET-центру USDA за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок чи телетайп), або до USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень за номером (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу щодо дискримінації у програмі, заявник має заповнити Форму скарги про дискримінацію в програмах USDA (форма AD-3027). Її можна отримати, завантаживши онлайн за посиланням: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, особисто у будь-якому управлінні USDA, за телефоном (866) 632-9992 або надіславши листа на адресу USDA. У листі має бути вказано ім'я, адресу, номер телефону заявника, а також максимально детальний письмовий опис потенційної дискримінації, щоб інформувати Заступника секретаря Управління з громадянських прав (ASCR) про характер та дату потенційного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно подати до USDA наступним чином:

1. поштою на адресу:

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

2. факсом:

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

3. ел.поштою:

program.intake@usda.gov”

Ця установа прагне надавати всім рівні можливості.