

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 – 2026.**

Rozmiar gospodarstwa domowego	Roczny dochód	Miesięczny dochód	Dwa razy w miesiącu	Co dwa tygodnie	Tygodniowy dochód
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
Za każdą dodatkową osobę należy dodać:	\$17,040	\$1,420	\$710	\$655	\$328

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

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 zgodne 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 ODWROTCIE 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”

Ta instytucja zapewnia równe możliwości dla wszystkich.