

ALL FAITHS FOOD BANK
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ALIMENTAR EMERGENCIAL (TEFAP)
DECLARAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO PARA RECEBER ALIMENTOS
7-CFR-251

Nome: _____

Número de pessoas no domicílio: _____

Endereço: _____

Condado: _____

A tabela abaixo mostra a renda bruta anual para cada tamanho de família. Se sua renda familiar for igual ou inferior à renda listada para o número de pessoas em seu domicílio, você se qualifica para receber os alimentos. **A tabela abaixo é válida de 1º de julho de 2020 a 30 de junho de 2021.**

Tamanho do domicílio	Renda anual	Renda mensal	Duas vezes ao mês	A cada duas semanas	Renda semanal
1	\$16,588	\$1,383	\$692	\$638	\$319
2	\$22,412	\$1,868	\$934	\$862	\$431
3	\$28,236	\$2,353	\$1,177	\$1,086	\$543
4	\$34,060	\$2,839	\$1,420	\$1,310	\$655
5	\$39,884	\$3,324	\$1,662	\$1,534	\$767
6	\$45,708	\$3,809	\$1,905	\$1,758	\$879
7	\$51,532	\$4,295	\$2,148	\$1,982	\$991
8	\$57,356	\$4,780	\$2,390	\$2,206	\$1,103
Para cada membro adicional da família, acrescente:	\$5,824	\$486	\$243	\$224	\$112

A tabela abaixo apresenta detalhes sobre os critérios de qualificação para renda anual, renda recebida duas vezes por mês (24 pagamentos por ano), renda recebida a cada duas semanas (26 pagamentos por ano) e renda semanal.

Você se qualifica para receber alimentos do TEFAP se seu domicílio cumprir os requisitos de renda acima ou se você participar de qualquer um dos programas abaixo. Favor assinalar a categoria apropriada.

_____ Qualificação por renda

_____ Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), também conhecido como vale-refeição (*Food Stamps*)

_____ Assistência Temporária para Famílias Carentes (Temporary Assistance to Needy Families - TANF)

_____ Renda de Seguro Complementar (Supplemental Security Income - SSI)

_____ Medicaid

Favor ler cuidadosamente a declaração abaixo, assinar o formulário e escrever a data de hoje. Você só precisa cumprir um desses requisitos para se qualificar para receber alimentos do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA).

Declaro que a renda bruta anual do meu domicílio é igual ou inferior à renda apresentada neste formulário para domicílios com o mesmo número de pessoas OU que participo do(s) programa(s) que assinelei neste formulário. Declaro também que moro atualmente no estado da Flórida. Esta declaração está sendo enviada em conexão com o recebimento de assistência federal. Oficiais do programa podem verificar a veracidade da minha declaração. Estou ciente de que fazer uma declaração falsa pode resultar no pagamento, à agência do governo, do valor dos alimentos que me forem inadequadamente remetidos e de que poderá me sujeitar a ação civil ou criminal nos termos da legislação estadual ou federal.

Assinatura

Data

ESTA DECLARAÇÃO É VÁLIDA POR UM ANO e poderá ser renovada conforme necessário. Quaisquer alterações nas circunstâncias do domicílio devem ser imediatamente informadas à agência distribuidora.

OPCIONAL: Autorizo _____ a buscar alimentos no USDA em meu nome.

Nos termos das leis federais relativas aos direitos civis e das políticas e regulamentações do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), as agências desse Departamento, seus escritórios e funcionários, bem como as instituições que participam ou administram programas do USDA são proibidos de fazer qualquer discriminação baseada em raça, cor, nacionalidade, sexo, deficiência, idade ou como represália ou retaliação por atividades anteriores relacionadas a direitos civis em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo USDA.

Pessoas com deficiências que necessitem de outras formas de comunicação para obter informações sobre o programa (por ex., Braille, letras maiores, fitas de áudio, língua de sinais americana, etc.) devem contatar a Agência (estadual ou local) onde se inscreveram para receber benefícios. Pessoas surdas, com dificuldades auditivas ou com distúrbios da fala devem contatar o USDA através do Federal Relay Service através do telefone (800) 877-8339. Além disso, informações sobre o programa também podem ser obtidas em outros idiomas, e não apenas em inglês.

Para registrar uma queixa de discriminação por parte do programa, preencha o Formulário para Queixa sobre Discriminação do Programa - AD-3027 ([USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)), que pode ser acessado online em: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA, fornecendo todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário para queixa, ligue para (866) 632-9992. Envie o formulário preenchido ou carta para o USA das seguintes maneiras:

- (1) para correspondência: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; ou
- (3) e-mail: program.intake@usda.gov

Esta instituição é provedora de oportunidades iguais.