

**ПРОГРАМА ЕКСТРЕНОЇ ПРОДОВОЛЬЧОЇ ДОПОМОГИ (TEFAP)
ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПРАВА БРАТИ ПРОДУКТИ ХАРЧУВАННЯ ДОДОМУ**
Частина 251 глави 7 Кодексу федеральних нормативно-правових актів

Повне ім'я: _____ Розмір домогосподарства, осіб: _____
Адреса: _____
Округ: _____

Далі наведено річний сукупний дохід у розрізі розміру сім'ї. Якщо дохід усіх членів вашого домогосподарства не перевищує суми доходу, вказаної для розміру вашого домогосподарства, ви маєте право на отримання продуктів харчування. **Ця таблиця чинна з 1 липня 2020 року по 30 червня 2021 року.**

| Розмір домогосподарства, осіб | Річний дохід | Місячний дохід | Двічі на місяць | Кожні два тижні | Дохід за тиждень |
|---|--------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 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 |
| На кожного наступного члена сім'ї додати: | \$5,824 | \$486 | \$243 | \$224 | \$112 |

У таблиці деталізовано критерії відповідності за місячним доходом, доходом, що ви одержуєте двічі на місяць (24 платежі на рік), доходом, що ви одержуєте кожні два тижні (26 платежів на рік), і доходом за тиждень.

Ви маєте право на отримання їжі за програмою TEFAP, якщо ваше домогосподарство відповідає наведеним показникам доходу або бере участь у будь-якій з перелічених далі програм. Будь ласка, поставте галочку ліворуч відповідної категорії.

- _____ Відповідність рівня доходу
- _____ Програма пільгової купівлі продуктів харчування (SNAP) (відома як програма продуктових талонів)
- _____ Тимчасова допомога нужденним сім'ям (TANF)
- _____ Додатковий соціальний дохід (SSI)
- _____ Medicaid

Уважно ознайомтеся із наведеним далі текстом заяви, підпишіть форму та вкажіть сьогоднішню дату. Ви маєте право отримувати продукти за програмами Міністерства сільського господарства США, якщо відповідаєте хоча б одній із цих вимог.

Я підтверджую, що сукупний дохід мого домогосподарства не перевищує доходу, зазначеного в цій формі для домогосподарства такого ж розміру, АБО що я беру участь у програмі (-ах), які я позначив (-ла) на цій формі. Я також підтверджую, що на сьогоднішній день я проживаю на території штату Флорида. Ця форма підтвердження подається у зв'язку з отриманням федеральної допомоги. Представники програми можуть перевірити правдивість наданих мною даних. Я розумію, що в разі надання неправдивих даних у цій формі підтвердження мене можуть зобов'язати відшкодувати агентству штату вартість необґрунтовано виданих мені продуктів харчування та притягнути до цивільної чи кримінальної відповідальності згідно із законами штату та федеральними законами.

Підпис: _____

Дата: _____

СТРОК ДІЇ ЦЬОЇ ФОРМИ ПІДТВЕРДЖЕННЯ СКЛАДАЄ ОДИН РІК. За потреби її дію можна поновити. Про будь-які зміни у фінансовому стані домогосподарства необхідно негайно повідомити агентство, що організовує видачу продуктів.

НЕ ОBOB'ЯЗКОВО: Доручаю _____ забирати продукти за програмою Міністерства сільського господарства США від мого імені.

Відповідно до федерального законодавства про громадянські права, нормативно-правових актів і правил Міністерства сільського господарства США у сфері громадянських прав, з боку Міністерства сільського

господарства США, його агентств, представництв і працівників, а також установ, що беруть участь у програмах Міністерства сільського господарства США або реалізують їх, заборонена дискримінація за такими ознаками, як расова приналежність, колір шкіри, національне походження, стать, інвалідність, вік, а також репресії чи помста за колишню активність у сфері захисту прав людини за будь-якою програмою чи діяльністю, яку здійснює або фінансує Міністерство сільського господарства США.

Особи з інвалідністю, яким для отримання інформації про програму потрібні інші засоби комунікації (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіокасета, американська мова жестів тощо), повинні звернутися до агентства (штату чи місцевого), у яке вони подали заяву на пільги. Особи, які є глухими, мають слабкий слух або порушення мовлення, можуть звернутися до Міністерства сільського господарства США через Федеральну службу повідомлень за номером (800) 877-8339. Крім того, інформацію про програму може бути надано іншими мовами, крім англійської.

Для подання скарги за фактом дискримінації у програмі заповніть [форму скарги за фактом дискримінації у програмі Міністерства сільського господарства США](#) (AD-3027), яку можна знайти в інтернеті за адресою http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html чи в будь-якому представництві Міністерства сільського господарства США, або відправте на адресу цього Міністерства листа з викладенням усієї інформації, надання якої передбачено формою. Щоб отримати примірник форми скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Заповнену форму чи лист надішліть на адресу Міністерства:

- | | |
|---|--|
| (1) пошта: Міністерство сільського господарства США Служба помічника міністра з питань громадянських прав Проспект Незалежності 1400, SW Вашингтон, Округ Колумбія, 20250-9410 | U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; |
| (2) факс: (202) 690-7442; або | |
| (3) електронна пошта: program.intake@usda.gov . | |

Ця установа дотримується вимог закону у сфері забезпечення рівних можливостей.