

ALL FAITHS FOOD BANK

**ПРОГРАМА ЕКСТРЕНОЇ ПРОДОВОЛЬНОЇ 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 2021 року по 30 червня 2022 року.**

Розмір домогосподарства, осіб	Річний дохід	Місячний дохід	Двічі на місяць	Кожні два тижні	Дохід за тиждень
1	\$16,744	\$1,396	\$698	\$644	\$322
2	\$22,646	\$1,888	\$944	\$871	\$436
3	\$28,548	\$2,379	\$1,190	\$1,098	\$549
4	\$34,450	\$2,871	\$1,436	\$1,325	\$663
5	\$40,352	\$3,363	\$1,682	\$1,552	\$776
6	\$46,254	\$3,855	\$1,928	\$1,779	\$890
7	\$52,156	\$4,347	\$2,174	\$2,006	\$1,003
8	\$58,058	\$4,839	\$2,420	\$2,233	\$1,117
На кожного наступного члена сім'ї додати:	\$5,902	\$492	\$246	\$227	\$114

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, аудіокасети, 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.