

ALL FAITHS FOOD BANK

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 2022 року по 30 червня 2023 року.**

Розмір домогосподарства, осіб	Річний дохід	Місячний дохід	Двічі на місяць	Кожні два тижні	Дохід за тиждень
1	\$17,667	\$1,473	\$737	\$680	\$340
2	\$23,803	\$1,984	\$992	\$916	\$458
3	\$29,939	\$2,495	\$1,248	\$1,152	\$576
4	\$36,075	\$3,007	\$1,504	\$1,388	\$694
5	\$42,211	\$3,518	\$1,759	\$1,624	\$812
6	\$48,347	\$4,029	\$2,015	\$1,860	\$930
7	\$54,483	\$4,541	\$2,271	\$2,096	\$1,048
8	\$60,619	\$5,052	\$2,526	\$2,332	\$1,166
На кожного наступного члена сім'ї додати:	\$6,136	\$512	\$256	\$236	\$118

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 закону про громадянські права та правил і політики Міністерства сільського господарства США (USDA), цій установі заборонено прояв дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі (включаючи гендерну ідентичність і сексуальну орієнтацію), інвалідність, вік або репресалії чи помсти за попередню діяльність стосовно громадянських прав.

Інформація про програму може бути доступною іншими мовами, а не лише англійською. Особи з обмеженими можливостями, яким потрібні альтернативні засоби комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіокаста, американська мова жестів), повинні зв'язатися з відповідальним державним або місцевим органом, що керує програмою, або в TARGET Center USDA за номером (202) 720- 2600 (голос та телетайп) або зв'яжіться з USDA через Федеральну службу ретрансляції за номером (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу щодо дискримінації по програмі, Заявник повинен заповнити форму AD-3027, форму скарги щодо дискримінації в рамках програми USDA, яку можна отримати онлайн за адресою: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR %20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), у будь-якому офісі USDA, зателефонувавши на номером (866) 632-9992 або написавши листа, адресованого USDA. Лист має містити ім'я заявника, адресу, номер телефону та письмовий опис ймовірної дискримінаційної дії з наданням достатньої кількості деталей, щоб повідомити помічника секретаря з цивільних прав (ASCR) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму або лист AD-3027 необхідно надіслати до USDA наступним чином:

- Пошта:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; або
- Факс:**
(833) 256-1665 або (202) 690-7442; або
- Електронна пошта:**
program.intake@usda.gov

Ця установа є постачальником рівних можливостей.