

ALL FAITHS FOOD BANK

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ALIMENTAR EMERGENCIAL (TEFAP)
DECLARAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO PARA RECEBER ALIMENTOS
7-CFR-251**

Nome: _____
Endereço: _____

Número de pessoas no domicílio: _____
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 2022 a 30 de junho de 2023.**

Tamanho do domicílio	Renda anual	Renda mensal	Duas vezes ao mês	A cada duas semanas	Renda semanal
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
Para cada membro adicional da família, acrescente:	\$6,136	\$512	\$256	\$236	\$118

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 assinalei 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.

"De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade, represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiências que necessitam de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras maiores, fita de áudio, Linguagem de Libras em Inglês), devem contatar a agência estadual ou local responsável que administra o programa ou o Centro TARGET do USDA pelo telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de Retransmissão [Federal Relay Service] pelo telefone (800) 877-8339.

Para apresentar uma queixa de discriminação de programa, o solicitante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de reclamação de discriminação do programa USDA, que pode ser obtido on-line em:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, em qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992, ou escrevendo uma carta endereçada ao

USDA. A carta deve conter o nome do solicitante, endereço, número de telefone e uma descrição redigida da suposta ação discriminatória com detalhes suficientes para informar o Secretário Assistente para os Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário ou carta AD-3027 preenchido deve ser enviado ao USDA por:

1. **correio:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
program.intake@usda.gov

A instituição promove oportunidades igualitárias.