

FEEDING THE GULF COAST
ПРОГРАМА ЕКСТРЕНОЇ ПРОДОВОЛЬНОЇ ДОПОМОГИ (TEFAP)
ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПРАВА НА ОТРИМАННЯ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ НА ДІМ
7 CFR 251

Ім'я: _____

Кількість членів сім'ї: _____

Округ: _____

Поштовий індекс: _____

Якщо дохід вашої сім'ї є на рівні або менше суми, визначеної для кількості осіб у вашій сім'ї, ви маєте право на отримання харчових продуктів. **Інструкція з визначення відповідності критеріям програми TEFAP щодо доходу у 2025 році.**

Склад сім'ї	Щорічний дохід	Щомісячний дохід	Двічі на місяць	Кожні два тижні	Щотижневий дохід
1	46 950 дол. США	3 913 дол. США	1 956 дол. США	1 806 дол. США	903 дол. США
2	63 450 дол. США	5 288 дол. США	2 644 дол. США	2 440 дол. США	1 220 дол. США
3	79 950 дол. США	6 663 дол. США	3 331 дол. США	3 075 дол. США	1 538 дол. США
4	96 450 дол. США	8 038 дол. США	4 019 дол. США	3 710 дол. США	1 855 дол. США
5	112 950 дол. США	9 413 дол. США	4 706 дол. США	4 344 дол. США	2 172 дол. США
6	129 450 дол. США	10 788 дол. США	5 394 дол. США	4 979 дол. США	2 489 дол. США
7	145 950 дол. США	12 163 дол. США	6 081 дол. США	5 613 дол. США	2 807 дол. США
8	162 450 дол. США	13 538 дол. США	6 769 дол. США	6 248 дол. США	3 124 дол. США
Для кожного додаткового члена сім'ї додайте:	16 500 дол. США	1 375 дол. США	688 дол. США	635 дол. США	317 дол. США

Ви маєте право отримувати харчові продукти за програмою TEFAP, якщо ваша сім'я відповідає вказаним критеріям щодо доходу або є учасником будь-якої із зазначених нижче програм. Поставте позначку біля відповідної категорії.

- _____ Відповідність критеріям щодо доходу
_____ Програма надання допомоги на додаткове харчування (SNAP) (також відома як продовольчі талони)
_____ Програма державної допомоги нужденним сім'ям (TANF)
_____ Додатковий гарантований дохід (SSI)
_____ Medicaid

☐ Працівник місцевої розподільчої установи має поставити позначку в цьому полі після того, як заявник ознайомиться з наведеним нижче текстом підтвердження:

*Я особисто засвідчую, що річний сукупний дохід моєї сім'ї є на рівні або менше суми доходу, вказаної у цій формі для сім'ї із такою ж кількістю членів, **АБО** що я є учасником програм(и), зазначених у цій формі. Я також підтверджую, що на момент підписання цієї форми я проживаю на території штату Флорида. Надання цього підтвердження пов'язано з отриманням федеральної допомоги. Я розумію, що неправдиве підтвердження може призвести до обов'язку відшкодувати установам штату вартість неправомірно отриманих харчових продуктів, а також може тягнути за собою цивільну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством штату та федеральним законодавством.*

НЕОБОВ'ЯЗКОВО: Я уповноважую
продукти USDA від мого імені.

отримувати харчові

Про будь-які зміни в обставинах сім'ї слід негайно повідомляти розподільчій установі.

ОЗНАЙОМТЕСЯ З ІНФОРМАЦІЄЮ НА ЗВОРОТІ ЦЬОГО ДОКУМЕНТА — ЗАЯВА USDA ПРО НЕДОПУЩЕННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ:

«Відповідно до федерального законодавства у сфері громадянських прав та політики Міністерства сільського господарства США (USDA), ця установа не має права дискримінувати за ознакою раси, кольору шкіри, національності, статі, наявності інвалідності, віку або у відповідь на попередні скарги на порушення громадянських прав.

Окрім англійської, інформація про цю програму може бути надана іншими мовами. Особи з інвалідністю, які потребують альтернативних способів отримання інформації про програму (наприклад, шрифтом Брайля, збільшеним шрифтом, у формі аудіозапису, американською жестовою мовою тощо), мають звернутися до відповідної установи (на рівні штату чи місцевої громади), яка керує програмою, або до TARGET-центру USDA за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок чи телетайп), або до USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень за номером (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу щодо дискримінації у програмі, заявник має заповнити Форму скарги про дискримінацію в програмах USDA (форма AD-3027). Її можна отримати, завантаживши онлайн за посиланням: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, особисто у будь-якому управлінні USDA, за телефоном (866) 632-9992 або надіславши листа на адресу USDA. У листі має бути вказано ім'я, адресу, номер телефону заявника, а також максимально детальний письмовий опис потенційної дискримінації, щоб інформувати Заступника секретаря Управління з громадянських прав (ASCR) про характер та дату потенційного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно подати до USDA наступним чином:

1. поштою на адресу:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; або

2. факсом:

(833) 256-1665 або (202) 690-7442; або

3. ел.поштою:

program.intake@usda.gov”

Ця установа прагне надавати всім рівні можливості.