

YOUR AGENCY'S NAME HERE

**EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)
CERTIFICATION OF ELIGIBILITY TO TAKE FOOD HOME
7 CFR 251**

Имя и Фамилия: _____
Адрес: _____

Количество человек в семье: _____
Графство _____

Ниже указан годовой доход до вычета налогов на семью в зависимости от количества членов в семье. Если доход вашей семьи меньше или равняется доходу, указанному ниже на семью вашего размера, то вы имеете право на получение продовольственной помощи. **Данные в таблице действительны с 1 июля 2019 года по 30 июня 2020 года.**

Количество человек в семье	Доход за год	Доход за месяц	Дважды в месяц	Каждые две недели	Доход за неделю
1	\$16,237	\$1,354	\$677	\$625	\$313
2	\$21,983	\$1,832	\$916	\$846	\$423
3	\$27,729	\$2,311	\$1,156	\$1,067	\$534
4	\$33,475	\$2,790	\$1,395	\$1,288	\$644
5	\$39,221	\$3,269	\$1,635	\$1,509	\$755
6	\$44,967	\$3,748	\$1,874	\$1,730	\$865
7	\$50,713	\$4,227	\$2,114	\$1,951	\$976
8	\$56,459	\$4,705	\$2,353	\$2,172	\$1,086
Для каждого дополнительного члена семьи добавить:	\$5,746	\$479	\$240	\$221	\$111

Данная таблица отражает критерии требований к доходу беря за основу ежемесячный доход, доход дважды в месяц (24 выплаты в год), доход каждые две недели (26 выплат в год) и доход за каждую неделю.

Если ваша семья соответствует указанным выше требованиям по доходу или участвует в любых из нижеперечисленных программах, то вы имеете право на получение продовольственной помощи по программе TEFAP. Пожалуйста, отметьте галочкой подходящую для вас категорию.

- Соответствие критериям по доходу
- Программа дополнительного питания (SNAP) (ранее под названием Food Stamps)
- Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)
- Дополнительный социальный доход (SSI)
- Medicaid

Пожалуйста, внимательно прочтите заявление ниже, подпишите форму и укажите сегодняшнюю дату. Чтобы получить продовольственную помощь от USDA, вам достаточно соответствовать одному из перечисленных критериев.

*Я подтверждаю, что мой годовой доход на семью до вычисления налогов равен или менее дохода, указанного на данной форме для семьи с таким же количеством человек **ИЛИ** что я участвую в программе(-ах), которые я отметил на форме.*

Я также подтверждаю, что в данный момент я проживаю в штате Флорида. Данное заявление подаётся в связи с получением Федеральной помощи. Администраторы программы имеют право проверить подлинность сделанных мной заявлений. Я понимаю, что мои ложные заявления могут привести к тому, что я буду должен возместить Агентству Штата стоимость выданной мне неправильным образом продовольственной помощи, и меня могут преследовать в гражданском или уголовном порядке в согласии с Федеральными законами и законами штата.

Подпись

Дата

ДАННЫЙ СЕРТИФИКАТ ДЕЙСТВИТЕЛЕН НА СРОК ОДОГО ГОДА и может быть продлён при необходимости. Обо всех изменениях касательно семьи необходимо немедленно заявить в ведущее агенство.

ПО ЖЕЛАНИЮ: Я разрешаю _____ забирать продукты от USDA от моего имени.

В соответствии с Федеральным законом по защите гражданских прав и с политикой и правилами Министерства сельского хозяйства США (USDA) в отношении гражданских прав, Министерству сельского хозяйства США (USDA), его агентствам, офисам и сотрудникам, а также организациям, участвующим в программах или предоставляющим услуги по программам Министерства сельского хозяйства США (USDA), запрещено дискриминировать по признакам расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возраста или применять репрессалии за предыдущую деятельность в отношении гражданских прав при участии в любых программах или мероприятиях, проводимых или финансируемых Министерством сельского хозяйства США (USDA).

Лицам с инвалидностью, которым требуются альтернативные методы предоставления информации о программе (например: Брайль, крупный шрифт, аудиозапись, американский жестовый язык и т.д.), следует связаться с агентством (местным или уровня штата), где они подавали заявление на получение льгот. Глухие или слабослышащие или лица с нарушениями речи могут связаться с Министерством сельского хозяйства США (USDA) через телетайп Federal Relay Service по телефону (800) 877-8339. Кроме английского, информация о программе также может быть доступна на иных языках.

Если вы хотите подать жалобу на программу по поводу дискриминации, заполните форму [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027), которую можно найти на электронной странице: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html или в любом офисе USDA. Вы также можете написать письмо в адрес Министерства сельского хозяйства США (USDA) с указанием всей запрошенной в форме информации. Чтобы заказать копию формы-жалобы, звоните по телефону (866) 632-9992. Вы можете выслать заполненную форму или письмо по адресу Министерства сельского хозяйства США (USDA):

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) по факсу: (202) 690-7442; или
- (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov.

Данная организация предоставляет услуги на условиях равных возможностей.