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 ЦІЄЇ 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 ОБОВ’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, аудіокасета, 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, 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:

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

 Ця установа є постачальником рівних можливостей.