Emri: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numri i njerëzve në familje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qarku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Më poshtë shfaq të ardhurat bruto vjetore për çdo madhësi të familjes. Nëse të ardhurat e familjes suaj janë sa ose nën të ardhurat e listuara për numrin e njerëzve në familjen tuaj, ju keni të drejtë të merrni ushqim. **Grafiku i mëposhtëm është efektiv nga 1 Korriku 2022 - 30 Qershor 2023.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Madhësia e familjes** | **Të ardhurat vjetore** | **Të ardhurat mujore** | **Dy herë në muaj** | **Çdo dy javë** | **Të ardhurat javore** |
| 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 |
| Për çdo anëtar shtesë të familjes shtoni: | $6,136 | $512 | $256 | $236 | $118 |

**Grafiku detajon kriteret e pranueshmërisë për të ardhurat mujore, të ardhurat e marra dy herë në muaj (24 pagesa në vit), të ardhurat e marra çdo dy javë (26 pagesa në vit) dhe të ardhurat javore.**

Ju keni të drejtë të merrni ushqim nga TEFAP nëse familja juaj përmbush udhëzimet e mësipërme të të ardhurave ose merr pjesë në ndonjë nga programet e mëposhtme. Ju lutemi vendosni një shenjë në hapësirën pranë kategorisë që zbatohet.

\_\_\_\_\_\_\_ Pranueshmëria e të ardhurave

\_\_\_\_\_\_\_ Programi Shtesë i Ndihmës Ushqimore (SNAP) (i njohur ndryshe si Food Stamps)

\_\_\_\_\_\_\_ Ndihma e Përkohshme për Familjet në nevojë (TANF)

\_\_\_\_\_\_\_ Të ardhura shtesë nga sigurimi (SSI)

\_\_\_\_\_\_\_ Mjekim

Ju lutemi lexoni me kujdes deklaratën e mëposhtme dhe më pas nënshkruani formularin dhe shkruani në datën e sotme. Ju duhet vetëm të plotësoni një nga këto kërkesa për t'u kualifikuar për të marrë ushqimet e USDA.

*Vërtetoj se të ardhurat e mia bruto vjetore të familjes janë sa ose nën të ardhurat e listuara në këtë formular për familjet me të njëjtin numër njerëzish* ***OSE*** *që unë marr pjesë në program(et) që kam shënjuar në këtë formular. Unë gjithashtu vërtetoj se që nga sot, banoj në shtetin e Floridës. Ky vërtetim po dorëzohet në lidhje me marrjen e ndihmës federale. Zyrtarët e programit mund të verifikojnë atë që unë kam vërtetuar se është e vërtetë. Unë e kuptoj se bërja e një vërtetimi të rremë mund të rezultojë në detyrimin për të paguar agjencinë shtetërore për vlerën e ushqimit të dhënë në mënyrë të parregullt për mua dhe mund të më nënshtrojë ndjekje civile ose penale sipas ligjit shtetëror dhe federal.*

Nënshkrimi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

**Nënshkrimi individual i caktuar në emër të klientit ose përfaqësuesit të caktuar**

Nënshkrimi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

**KY VËRTETIM ËSHTË I VLEFSHËM PËR PERIUDHËN NJË VIT dhe mund të rinovohet sipas nevojës. Çdo ndryshim në rrethanat e familjes duhet t'i raportohet menjëherë agjencisë shpërndarëse.**

**OPSIONALE:** Unë autorizoj për të marrë ushqime USDA në emrin tim.

“Në përputhje me ligjin federal për të drejtat civile dhe rregulloret dhe politikat e të drejtave civile të Departamentit Amerikan të Bujqësisë (USDA), këtij institucioni i ndalohet të diskriminojë në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, seksit (përfshirë identitetin gjinor dhe orientimin seksual), aftësisë së kufizuar, moshës, ose hakmarrjes ose revanshit për veprimtari të mëparshme të të drejtave civile.

Informacioni i programit mund të jetë i disponueshëm në gjuhë të tjera përveç anglishtes. Personat me aftësi të kufizuara që kërkojnë mjete alternative të komunikimit për të marrë informacionin e programit (p.sh. Braille, printim të madh, audio, gjuha amerikane e shenjave), duhet të kontaktojnë shtetin përgjegjës ose agjencinë lokale që administron programin ose Qendrën TARGET të USDA në (202) 720- 2600 (zëri dhe TTY) ose kontaktoni USDA-n përmes Shërbimit Federal të Transmetimit në (800) 877-8339.

Për të paraqitur një ankesë për diskriminim në program, një Ankues duhet të plotësojë një Formular AD-3027, Formulari i Ankesës për Diskriminim në Program USDA i cili mund të merret online në: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, nga çdo zyrë USDA-së, duke telefonuar (866) 632-9992, ose duke shkruar një letër drejtuar USDA-së. Letra duhet të përmbajë emrin, adresën, numrin e telefonit të ankuesit dhe një përshkrim me shkrim të veprimit të pretenduar diskriminues në detaje të mjaftueshme për të informuar Ndihmës Sekretarin për të Drejtat Civile (ASCR) për natyrën dhe datën e një shkeljeje të pretenduar të të drejtave civile. Formulari ose letra e plotësuar AD-3027 duhet të dorëzohet në USDA me:

1. **postë:**
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”

Ky institucion është një ofrues i mundësive të barabarta.