نام: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تعداد افراد در خانواده: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ کشور: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

در زیر درآمد ناخالص سالانه برای خانواده با هر سایزی نشان داده شده است. اگر درآمد خانوار شما کمتر از درآمد ذکر شده برای تعداد افراد خانواده شما باشد، واجد شرایط دریافت غذا هستید. **نمودار زیر از 1 ژوئیه 2022 تا 30 ژوئن 2023 قابل اجرا است.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اندازه خانوار** | **درآمد سالانه** | **درآمد ماهانه** | **دو بار در ماه** | **هر دو هفته** | **درآمد هفتگی** |
| 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 |
| برای هر عضو دیگر خانواده اضافه کنید: | $6,136 | $512 | $256 | $236 | $118 |

نمودار معیارهای واجد شرایط بودن برای درآمد ماهانه، درآمد دریافتی دو بار در ماه (24 پرداخت در سال)، درآمد دریافتی هر دو هفته (26 پرداخت در سال) و درآمد هفتگی را شرح می دهد.

اگر درآمد خانواده شما با معیارهای بالا مطابقت داشته باشد یا در هر یک از برنامه های زیر شرکت کند، واجد شرایط دریافت غذا از TEFAP هستید. لطفاً در فضای کنار دسته‌ای که درست است علامت بزنید.

\_\_\_\_\_\_\_ واجد شرایط بودن درآمد

\_\_\_\_\_\_\_ برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP) (با نام مستعار کوپن غذا)

\_\_\_\_\_\_\_ کمک های موقت به خانواده های نیازمند (TANF)

\_\_\_\_\_\_\_ درآمد تضمینی تکمیلی (SSI)

\_\_\_\_\_\_\_ مِدیک اِید (Medicaid)

لطفا شرح زیر را به دقت بخوانید و سپس فرم را امضا کنید و تاریخ امروز را بنویسید. شما فقط کافیست یکی از این شرایط را داشته باشید تا واجد شرایط دریافت غذاهای USDA باشید.

*من گواهی می‌دهم که درآمد ناخالص سالانه خانوار من برای خانواده‌هایی که تعداد افراد مشابهی دارند کمتر از درآمد ذکر شده در این فرم است* ***یا*** *در برنامه(هایی) که در این فرم علامت زده ام شرکت می‌کنم. من همچنین گواهی می دهم که امروز در ایالت فلوریدا اقامت دارم. این گواهی در ارتباط با دریافت کمک فدرال ارائه می شود. مسئولان برنامه ممکن است در مورد آنچه که من صحت آن را تأیید کرده‌ام تحقیق کنند. من می دانم که صدور گواهی نادرست ممکن است منجر به اجبار به پرداخت مبلغی به سازمان ایالتی برای ارزش غذایی که به طور نادرست برای من صادر شده است شود و ممکن است من را تحت پیگرد قانونی مدنی یا کیفری تحت قوانین ایالتی و فدرال قرار دهد.*

امضا: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

امضای شخص تعیین شده از طرف ارباب رجوع یا نماینده تعیین شده

امضا: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

**این گواهی برای مدت یک سال معتبر است و ممکن است در صورت نیاز تمدید شود. هر گونه تغییر در شرایط خانوار باید فوراً به آژانس توزیع کننده گزارش شود.**

**اختیاری:** من به اجازه می دهم از طرف من غذاهای USDA را تحویل بگیرد.

"در مطابقت با قوانین حقوق مدنی فدرال و مقررات و پالیسی های حقوق مدنی U.S. Department of Agriculture (USDA، وزارت زراعت ایالات متحده)، این نهاد از تبعیض براساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت (بشمول هویت جنسی و تمایلات جنسی)، معلولیت، سن،

انتقام گیری یا عمل متقابل برای فعالیت های حقوق مدنی قبلی ممانعت شده است.

معلومات برنامه میتواند به زبان های دیگر غیر از انگلیسی نیز قابل دسترس باشد. اشخاص دارای معلولیت که نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین (مثلا، خط بریل، چاپ معلومات در اندازه بزرگ، معلومات صوتی، زبان اشاره امریکایی) دارند تا معلومات برنامه را بدست آورند، باید با نهادهای مسئول ایالتی یا محلی که برنامه را راه اندای میکنند یا تارگیت سنتر U.S. Department of Agriculture (USDA، وزارت زراعت ایالات متحده) به شماره (202) 720-2600 (پیام صوتی یا TTY) تماس بگیرند یا با U.S. Department of Agriculture (USDA،

وزارت زراعت ایالات متحده) از طریق خدمات فدرال برای معلولین به شماره (800) 877-8339 تماس بگیرند.

برای درج یک شکایت در مورد تبعیض در برنامه، یک شکایت کننده باید یک فورم AD-3027، فورم شکایت درمورد تبعیض در برنامه U.S. Department of Agriculture (USDA، وزارت زراعت ایالات متحده) را پر کنند که از آدرس ذیل:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>

 و یا از هر دفتر U.S. Department of Agriculture (USDA، وزارت زراعت ایالات متحده) بدست می آید یا با تماس با شماره (866) 632-9992، یا با ارسال یک نامه به آدرس U.S. Department of Agriculture (USDA، وزارت زراعت ایالات متحده) شکایت خود را درج کنند. نامه باید حاوی اسم، آدرس، شماره تلفن شکایت کننده بوده و توصیف عمل تبعیض آمیز را با جزئیات کافی شامل باشد تا به Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR، معاون وزیر در امور حقوق مدنی) در مورد نوعیت و تاریخ یک قضیه نقض حقوق مدنی معلومات کافی ارائه کند. فورم تکمیل شده AD-3027 یا نامه باید از طریقه های ذیل به U.S. Department of Agriculture (USDA، وزارت زراعت ایالات متحده) ارائه شود:

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

این نهاد فراهم کننده فرصت های برابر است.