Tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Số người trong gia đình: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quận/ Hạt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sau đây là tổng thu nhập hàng năm cho từng quy mô hộ gia đình. Nếu thu nhập hộ gia đình của bạn bằng hoặc thấp hơn thu nhập thống kê cho số người trong gia đình bạn, bạn đủ điều kiện để nhận thực phẩm. **Biểu đồ dưới đây có hiệu lực từ ngày 1 tháng 7 năm 2022 đến ngày 30 tháng 6 năm 2023.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quy mô hộ gia đình** | **Thu nhập hàng năm** | **Thu nhập hàng tháng** | **Thu nhập mỗi tháng hai lần** | **Thu nhập hai tuần một lần** | **Thu nhập hàng tuần** |
| 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 |
| Đối với mỗi thành viên gia đình được thêm vào, hãy cộng thêm: | $6,136 | $512 | $256 | $236 | $118 |

**Biểu đồ trình bày chi tiết các tiêu chí đủ điều kiện đối với thu nhập hàng tháng, thu nhập nhận được hai lần mỗi tháng (thanh toán 24 lần mỗi năm), thu nhập nhận được 2 tuần một lần (thanh toán 26 lần mỗi năm) và thu nhập hàng tuần.**

Bạn có đủ điều kiện nhận thực phẩm từ TEFAP nếu hộ gia đình bạn đáp ứng hướng dẫn thu nhập ở trên hoặc tham gia vào bất kỳ chương trình nào sau đây. Vui lòng đánh dấu vào khoảng trống vào danh mục áp dụng.

\_\_\_\_\_\_\_Điều kiện thu nhập

\_\_\_\_\_\_\_Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP) (hay còn gọi là Phiếu thực phẩm)

\_\_\_\_\_\_\_Phụ cấp Tạm thời cho Gia đình Nghèo (TANF)

\_\_\_\_\_\_\_Thu nhập đảm bảo bổ sung (SSI)

\_\_\_\_\_\_\_Bảo hiểm Medicaid

Đề nghị đọc kỹ tuyên bố sau và sau đó ký vào mẫu và viết vào ngày hôm nay. Bạn chỉ cần đáp ứng một trong những yêu cầu này là đủ điều kiện nhận thực phẩm USDA.

*Tôi xác nhận rằng tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình tôi bằng hoặc thấp hơn thu nhập nêu tại mẫu này đối với các hộ gia đình có cùng số người* ***HOẶC*** *Tôi đã tham gia vào các chương trình mà tôi đã kiểm tra trong mẫu này. Tôi cũng xác nhận rằng, tính đến ngày hôm nay, tôi cư trú tại bang Florida. Chứng nhận này đang được nộp liên quan đến trợ cấp của Liên bang. Các nhân viên của chương trình có thể xác minh những gì tôi đã chứng nhận là đúng. Tôi hiểu rằng việc xác nhận sai có thể dẫn đến việc phải thanh toán cho cơ quan nhà nước các giá trị của các thực phẩm cấp cho tôi không phù hợp và có thể khiến tôi bị truy tố dân sự hoặc hình sự trước Pháp Luật Tiểu Bang và Liên Bang.*

Ký: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

**Ký tên cá nhân được chỉ định đại diện cho khách hàng**

**hoặc người ủy thác được chỉ định**

Ký: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

**GIẤY CHỨNG NHẬN NÀY CÓ GIÁ TRỊ TRONG THỜI HẠN MỘT NĂM và có thể được gia hạn nếu cần. Bất kỳ thay đổi nào trong hoàn cảnh của hộ gia đình phải được báo cáo ngay cho cơ quan phân phối.**

**TÙY CHỌN:** Tôi ủy quyền cho thay mặt tôi lấy thực phẩm USDA.

“Theo luật dân quyền liên bang và các quy định và chính sách về dân quyền của Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ (USDA), tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm cả bản dạng giới và khuynh hướng tình dục), tình trạng khuyết tật, tuổi tác, hoặc trả đũa hay trả thù vì hoạt động dân quyền trước đây.

Thông tin của chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác bên cạnh tiếng Anh. Người khuyết tật mà cần các phương tiện liên lạc thay thế để nắm rõ thông tin của chương trình (ví dụ như chữ nổi Braille, chữ in khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ) có thể liên hệ với tiểu bang phụ trách hoặc cơ quan tại địa phương quản lý chương trình này, hoặc Trung tâm TARGET của USDA theo số điện thoại (202) 720-2600 (giọng nói và TTY) hoặc liên hệ với USDA thông qua Dịch vụ Chuyển tiếp Liên bang theo số (800) 877-8339.

Form Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử trong chương trình, Người khiếu nại cần điền vào Biểu mẫu AD-3027, Biểu mẫu Khiếu nại Phân biệt Đối xử trong Chương trình của USDA và có thể nhận được tại địa chỉ: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, từ bất cứ văn phòng USDA nào, bằng cách gọi điện đến số (866) 632-9992, hoặc gửi thư đến cho USDA. Thư này phải có tên, địa chỉ, số điện thoại của người khiếu nại, và mô tả bằng văn bản đầy đủ chi tiết về hành động phân biệt đối xử bị cáo buộc để thông báo cho Thư ký Trợ lý phụ trách Dân quyền (ASCR) về bản chất và ngày của hành vi bị cáo buộc vi phạm quyền dân sự. Biểu mẫu AD-3027 hoặc thư phải được gửi về cho USDA bằng cách:

1. **đường bưu điện:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; hoặc
2. **fax:**
(833) 256-1665 hay (202) 690-7442; hoặc
3. **email:**
program.intake@usda.gov”

 Tổ chức này là nhà cung cấp cơ hội công bằng.