

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

7 CFR 251

Имя и Фамилия: _____

Количество человек в семье: _____

Адрес: _____

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 2016 года по 30 июня 2017 года.

Количество человек в семье	Доход за год	Доход за месяц	Дважды в месяц	Каждые две недели	Доход за неделю
1	\$15,444	\$1,287	\$644	\$594	\$297
2	\$20,826	\$1,736	\$868	\$801	\$401
3	\$26,208	\$2,184	\$1,092	\$1,008	\$504
4	\$31,590	\$2,633	\$1,317	\$1,215	\$608
5	\$36,972	\$3,081	\$1,541	\$1,422	\$711
6	\$42,354	\$3,530	\$1,765	\$1,629	\$815
7	\$47,749	\$3,980	\$1,990	\$1,837	\$919
8	\$53,157	\$4,430	\$2,215	\$2,045	\$1,023
Для каждого дополнительного члена семьи добавить:	\$5,408	\$451	\$226	\$208	\$104

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):

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

Данная организация предоставляет услуги на условиях равных возможностей.

Record of TEFAP Food Issued

Last Name: _____ First Name: _____
 # of Day's Food Supply _____ Year: _____

Signature	September	Signature	August

Signature	October	Signature	November

Signature	January	Signature	February

Signature	April	Signature	May

Don't forget to record total number of people served each month!