

**EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)**  
**(PROGRAM POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ W SYTUACJACH NAGŁYCH)**  
**CERTIFICATION OF ELIGIBILITY TO TAKE FOOD HOME**  
**(POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZABIERANIA ŻYWNOŚCI DO DOMU)**  
 7 CFR 251

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Liczba osób w gospodarstwie domowym: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

County (powiat): \_\_\_\_\_

Poniżej przedstawiono roczny dochód brutto dla rodzin o różnej wielkości. Osoby, których dochód na gospodarstwo domowe jest taki sam lub niższy niż dochód podany dla danej liczby osób w gospodarstwie domowym, kwalifikują się do otrzymywania żywności. **Poniższa tabela obowiązuje od 1 lipca 2018 do 30 czerwca 2019.**

Liczba osób w gospodarstwie domowym	Roczny dochód	Miesięczny dochód	Dwa razy w miesiącu	Co dwa tygodnie	Dochód tygodniowy
1	\$15,782	\$1,316	\$658	\$607	\$304
2	\$21,398	\$1,784	\$892	\$823	\$412
3	\$27,014	\$2,252	\$1,126	\$1,039	\$520
4	\$32,630	\$2,720	\$1,360	\$1,255	\$628
5	\$38,246	\$3,188	\$1,594	\$1,471	\$736
6	\$43,862	\$3,656	\$1,828	\$1,687	\$844
7	\$49,478	\$4,124	\$2,062	\$1,903	\$952
8	\$55,094	\$4,592	\$2,296	\$2,119	\$1,060
W przypadku każdego dodatkowego członka rodziny należy dodać:	\$5,616	\$468	\$234	\$216	\$108

**W tabeli podano kryteria uprawniające dotyczące dochodu miesięcznego, dochodu otrzymywanego dwa razy w miesiącu (24 wypłaty w roku), dochodu otrzymywanego co dwa tygodnie (26 wypłat w roku) i dochodu tygodniowego.**

Osoby, których gospodarstwo domowe spełnia podane wyżej warunki dotyczące dochodu lub uczestniczy w dowolnym z poniższych programów, kwalifikują się do otrzymywania żywności z programu TEFAP. Proszę zaznaczyć właściwą kategorię.

\_\_\_\_\_ Uprawnienia wynikające z dochodu

\_\_\_\_\_ *Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)* (Program Pomocy Żywnościowej) (wcześniej znany pod nazwą *Food Stamps* – Talony żywnościowe)

\_\_\_\_\_ *Temporary Assistance to Needy Families (TANF)* (Tymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie)

\_\_\_\_\_ *Supplemental Security Income – SSI* (Uzupełniająca zapomoga rządowa)

\_\_\_\_\_ *Medicaid* (Pomoc medyczna dla osób z niskimi dochodami)

Proszę uważnie przeczytać poniższe oświadczenie, a następnie podpisać formularz i wstawić dzisiejszą datę. Aby zakwalifikować się do otrzymywania żywności z USDA (Ministerstwo Rolnictwa USA) wystarczy spełnić tylko jedno z tych wymagań.

*Oświadczam, że dochód roczny brutto w moim gospodarstwie domowym jest na poziomie lub niższy od dochodu podanego w tym formularzu dla gospodarstw domowych z taką samą liczbą osób, **LUB** że uczestniczę w programie(-ach), które zaznaczyłem(-am) na formularzu. Oświadczam również, że w chwili obecnej mieszkam w stanie Floryda. Niniejsze oświadczenie składane jest w związku z otrzymaniem pomocy federalnej. Urzędnicy zawiadujący tym programem mogą weryfikować zgodność podanych przeze mnie danych z prawdą. Rozumiem, że złożenie fałszywego oświadczenia może spowodować konieczność zapłacenia agencji stanowej za otrzymaną żywność, a także skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności cywilnej lub karnej w świetle przepisów stanowych i federalnych.*

\_\_\_\_\_ Podpis

\_\_\_\_\_ Data

**OŚWIADCZENIE TO WAŻNE JEST PRZEZ OKRES JEDNEGO ROKU i w razie potrzeby może być odnawiane. Wszelkie zmiany w gospodarstwie domowym należy niezwłocznie zgłaszać agencji zajmującej się dystrybucją.**

**OPCJONALNIE: Upoważniam \_\_\_\_\_ do odebrania w moim imieniu żywności z USDA.**

Zgodnie z przepisami federalnego kodeksu cywilnego oraz regulacjami i przepisami kodeksu cywilnego Amerykańskiego Ministerstwa Rolnictwa (USDA), jego agencjom, biurom, pracownikom i instytucjom uczestniczącym lub zarządzającym programami USDA zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, płeć, niepełnosprawność, wiek, oraz stosowania odwetu za wcześniejsze działania dotyczące praw obywatelskich w dowolnym programie lub działaniach prowadzonych, lub finansowanych przez USDA.

Osoby niepełnosprawne, wymagające alternatywnych sposobów komunikacji, w celu uzyskania informacji o programie (na przykład alfabetem Braille, dużą czcionką, w formie głosowej, w amerykańskim języku migowym itp), powinny skontaktować się z agencją (stanową lub lokalną), w której ubiegali się o świadczenia. Osoby głuche, niedosłyszące lub z zaburzeniami mowy mogą skontaktować się z USDA poprzez *Federal Relay Service* pod numerem (800) 877-8339. Ponadto informacje o programach mogą być udostępniane w językach innych niż angielski.

Aby złożyć zażalenie dotyczące dyskryminacji należy wypełnić formularz [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) (Formularz zażalenia na dyskryminację), dostępny online na stronie: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), a także w dowolnym biurze USDA, lub wysłać pismo zaadresowane do USDA, zawierające wszystkie informacje wymagane w formularzu. Egzemplarz formularza zażalenia można uzyskać dzwoniąc pod numer (866) 632-9992. Wypełniony formularz lub pismo należy wysłać do USDA:

- (1) pocztą na adres: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) faksem na numer (202) 690-7442; lub
- (3) pocztą e-mail na adres: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Instytucja jest świadczeniodawcą zapewniającym równe szanse.

# Record of TEFAP Food Issued

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

July	August	September
Signature	Signature	Signature

October	November	December
Signature	Signature	Signature

January	February	March
Signature	Signature	Signature

April	May	June
Signature	Signature	Signature

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