

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

PROGRAM POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ W SYTUACJACH NAGŁYCH (TEFAP)
(POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZABIERANIA ŻYWNOŚCI DO DOMU)

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 2019 do 30 czerwca 2020.**

Liczba osób w gospodarstwie domowym	Roczny dochód	Miesięczny dochód	Dwa razy w miesiącu	Co dwa tygodnie	Dochód tygodniowy
1	\$16,237	\$1,354	\$677	\$625	\$313
2	\$21,983	\$1,832	\$916	\$846	\$423
3	\$27,729	\$2,311	\$1,156	\$1,067	\$534
4	\$33,475	\$2,790	\$1,395	\$1,288	\$644
5	\$39,221	\$3,269	\$1,635	\$1,509	\$755
6	\$44,967	\$3,748	\$1,874	\$1,730	\$865
7	\$50,713	\$4,227	\$2,114	\$1,951	\$976
8	\$56,459	\$4,705	\$2,353	\$2,172	\$1,086
W przypadku każdego dodatkowego członka rodziny należy dodać:	\$5,746	\$479	\$240	\$221	\$111

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, biuram, 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, 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.

Instytucja jest świadczeniodawcą zapewniającym równe szanse.

Polish

Record of TEFAP Food Issued

Last Name: _____ First Name: _____

of Day's Food Supply _____ Year: _____

July	Signature	August	Signature	September	Signature

October	Signature	November	Signature	December	Signature

January	Signature	February	Signature	March	Signature

April	Signature	May	Signature	June	Signature

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

Polish

DACS-06XXX

Aktualizacja. XX/XX

Strona 2 z 2