



## Право на участь у програмі Emergency Food Assistance Program (TEFAP)

Ім'я та прізвище	Кількість осіб у вашому домогосподарстві
Повна фізична адреса	

В таблиці нижче зазначено розміри валового доходу (до сплати податків), при якому ви матимете право на участь в цій програмі, в залежності від розміри родини. Якщо дохід вашого домогосподарства дорівнює зазначеному рівню або є нижчим за нього, і кількість осіб у домогосподарстві відповідає зазначеній, ви матимете право на участь в даній програмі.

Вказівки щодо розміру доходу для визначення права на участь у програмі TEFAP, станом на 1 липня 2021 р. – 30 червня 2022 р.

Розмір домогосподарства	1	2	3	4	5	6	7	8	Для кожного додаткового члена домогосподарства додайте:
Річний дохід	23,828	32,227	40,626	49,025	57,424	65,823	74,222	82,621	+8,399
Місячний дохід	1,986	2,686	3,386	4,086	4,786	5,486	6,186	6,886	+700
Тижневий дохід	459	620	782	943	1,105	1,266	1,428	1,589	+162

Ви також матимете право на отримання продуктів харчування від TEFAP, якщо ваше домогосподарство бере участь принаймні в одній із наступних програм. Будь ласка, поставте позначку в полі поряд із назвою(-ами) програми(програм), у рамках якої(-их) ви отримувате пільги:

SNAP

Free or Reduced Lunches

**Будь ласка, уважно прочитайте наступне твердження. Якщо ви погоджуєтесь, поставте свій підпис і дату на формі:**

Я підтверджую, що річний валовий дохід мого домогосподарства відповідає або є нижчим за рівень доходу, зазначений у цій формі для відповідної кількості осіб у моєму домогосподарстві АБО що моє домогосподарство бере участь у програмі, яку я позначив(-ла) у цій формі. Я також підтверджую, що на сьогоднішній день моє домогосподарство проживає у штаті Айова. Ця форма підтвердження була заповнена у зв'язку з отриманням федеральної допомоги. Я усвідомлюю, що після підписання цієї форми буду зобов'язаний(-а) надати додаткову документацію. Я усвідомлюю, що я зобов'язаний(-а) повідомити, якщо мій дохід буде перевищувати зазначений розмір доходу для мого домогосподарства.

Персонал, відповідальний за цю програму, може перевірити, чи є правдивою зазначена мною інформація. Я розумію, що надання недостовірної заяви може призвести до того, що держава сплатить мені вартість продуктів харчування, на яку я не маю права, і це призведе до кримінального переслідування проти мене у відповідності до законодавства штату чи федерального законодавства.

Мені відомо, що заява щодо заборони дискримінації USDA наведена на зворотному боці цієї форми, і що на мій запит мені буде надана її копія.

Підпис	Дата
--------	------

Відповідно до Федерального закону про громадянські права та правил і політики U.S. Department of Agriculture (USDA), USDA, його агенціям, офісам, співробітникам та установам, які беруть участь у програмах USDA або керують ними, заборонена дискримінація за расовою приналежністю, кольором шкіри, національним походженням, статтю, інвалідністю, віком, а також санкції чи переслідування через попередню діяльність, пов'язану із громадянськими правами, у будь-якій програмі чи діяльності, що проводяться чи фінансуються USDA.

Особи з обмеженими можливостями, яким необхідний альтернативний спосіб комунікації для отримання інформації щодо програми (наприклад, текст мовою Брайля, текст великим шрифтом, аудіозапис, переклад на американську жестову мову тощо), мають звернутися до агенції (на рівні штату або місцевої агенції), до якої вони звернулися для отримання пільг. Особи із глухотою, проблемами зі слухом або розладами мовлення можуть звернутися до USDA через Federal Relay Service за номером (800) 877-8339. На додачу, інформація щодо цієї програми може надаватися не лише англійською, а й іншими мовами.

Для подання скарги щодо дискримінації заповніть форму USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027), яку ви можете знайти за адресою: [https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/Complain\\_combined\\_6\\_8\\_12\\_508\\_0.pdf](https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/Complain_combined_6_8_12_508_0.pdf), і передайте її до будь-якого офісу USDA чи надішліть лист, адресований USDA і надайте в ньому усю інформацію, що вимагається в цій формі. Щоб отримати копію цієї форми для подання скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Надішліть заповнену форму до USDA:

Поштою: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights,  
1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410;

Факсом: (202) 690-7442; or

Ел. поштою: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Цей заклад надає рівні права усім особам.

Продукти харчування TEFAP, отримані на дату підписання документа, вказаного нижче.

<b>Ім'я і прізвище друкованими літерами</b>	<b>Підпис</b>	<b>Дата</b>