



Iowa Department of Health and Human Services
(ພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງລັດໄອໂອວາ)
ການມີສິດໄດ້ຮັບ The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Eligibility

| | |
|---------------|---------------------------|
| ຊື່ | ຈຳນວນຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ |
| ທີ່ຢູ່ຄົບຖ້ວນ | |

ຕາຕະລາງລຸ່ມນີ້ສະແດງຄູ່ມືລາຍຮັບລວມທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ (ກ່ອນຫັກອາກອນ) ຕໍ່ຂະໜາດຄອບຄົວ. ຖ້າຫາກລາຍຮັບຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າລາຍຮັບທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ສໍາລັບຈຳນວນຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ.

ຄູ່ມືກ່ຽວກັບລາຍຮັບຂອງ TEFAP ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ແຕ່ວັນທີ 1 ກໍລະກົດ 2023 – 30 ມິຖຸນາ 2024

| ຂະໜາດຄົວເຮືອນ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | ສໍາລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນເພີ່ມແຕ່ລະຄົນ, ໃຫ້ເພີ່ມ: |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| ລາຍຮັບປະຈຳປີ | 26,973 | 36,482 | 45,991 | 55,500 | 65,009 | 74,518 | 84,027 | 93,536 | +9,509 |
| ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ | 2,248 | 3,041 | 3,833 | 4,625 | 5,418 | 6,210 | 7,003 | 7,795 | +793 |
| ປະຈຳອາທິດ | 519 | 702 | 885 | 1,068 | 1,251 | 1,434 | 1,616 | 1,799 | +183 |

ນອກນັ້ນທ່ານຍັງຈະມີສິດໄດ້ຮັບອາຫານຈາກ TEFAP, ຖ້າຫາກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໜຶ່ງໃນໂຄງການຕໍ່ໄປນີ້:
ກະລຸນາຕົກລຸ່ມຊ່ວຍເຫຼືອຂອງໂຄງການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ:

- SNAP ອາຫານທ່ຽງຫຼຸດລາຄາ ຫຼື ບໍ່ເສຍຄ່າ (Free or Reduced Lunches)

ກະລຸນາອ່ານຄໍາຖະແຫຼງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ. ຖ້າຫາກທ່ານເຫັນດີ, ກະລຸນາເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃນຟອມ:

ຂ້ອຍຢືນຢັນວ່າລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດເປັນລາຍຮັບແມ່ນຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າລາຍຮັບທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຟອມນີ້ສໍາລັບຄົວເຮືອນທີ່ມີຈຳນວນຄົນເທົ່າກັບຄົວເຮືອນຂອງຂ້ອຍ ຫຼື ວ່າຄົວເຮືອນຂອງຂ້ອຍໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຕົກໃນແບບຟອມນີ້.
ຂ້ອຍຍັງຢືນຢັນວ່າໃນມື້ນີ້ຄົວເຮືອນຂອງຂ້ອຍອາໄສຢູ່ໃນລັດໄອໂອວາ.
ແບບຟອມການຢືນຢັນນີ້ແມ່ນໄດ້ຕື່ມໂດຍກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດຖະບານກາງ.
ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າເມື່ອຂ້ອຍເຊັນແບບຟອມນີ້ແລ້ວ, ຂ້ອຍຈະຖືວ່າຂ້ອຍມີສິດໄດ້ຮັບການແຈກຢາຍໃນອະນາຄົດ.
ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານໃຫ້ແກ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຫ້ອງອາຫານ, ຖ້າຫາກລາຍຮັບຂອງຂ້ອຍເພີ່ມຂຶ້ນເກີນຈຳນວນລາຍຮັບທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ສໍາລັບຄົວເຮືອນຂອງຂ້ອຍ.

ພະນັກງານຂອງໂຄງການອາດຈະກວດສອບສິ່ງທີ່ຂ້ອຍຢືນຢັນວ່າເປັນຄວາມຈິງ.
ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າການເຮັດງົບການເງິນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ລັດຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍເງິນສໍາລັບມູນຄ່າຂອງອາຫານທີ່ໄດ້ແຈກຢາຍອອກໄປຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ແກ່ຂ້ອຍ ແລະ ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ຂ້ອຍຖືກດໍາເນີນຄະດີອາຍາພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຄໍາຊີ້ແຈງເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດຂອງ USDA ແມ່ນມີໃຫ້ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງແບບຟອມນີ້ ແລະ ສະບັບສໍາເນົາແມ່ນມີໃຫ້ຕາມຄໍາຂໍ.

| | |
|---------|-------|
| ລາຍເຊັນ | ວັນທີ |
|---------|-------|

ອົງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງ U.S. Department of Agriculture (USDA), ສະຖາບັນນີ້ ຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການຈຳແນກບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ (ລວມທັງຮູບປະພັນທາງເພດ ແລະ ລົດສະນິຍົມທາງເພດ), ຄວາມພິການ, ອາຍຸ ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສຳລັບການເຄື່ອນໄຫວທາງສິດທິພົນລະເຮືອນກ່ອນໜ້າ.

ຂໍ້ມູນໂຄງການນີ້ອາດມີໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດອີກດ້ວຍ. ຄົນພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກ ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ຕົວອັກສອນນູນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ເທບບັນທຶກສຽງ, ພາສາໄບ້ອາເມລິກາ), ຄວນຕິດຕໍ່ຫາລັດທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ອົງການປົກຄອງທ້ອງຖິ່ນ ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂຄງການ ຫຼື ສູນ TARGET ຂອງ USDA ທີ່ເບີ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານ Federal Relay Service ທີ່ເບີ (800) 877-8339.

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການຈຳແນກຂອງໂຄງການ, ຜູ້ຮ້ອງທຸກຕ້ອງໄດ້ຕື່ມແບບຟອມ AD-3027, ແບບຟອມການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການຈຳແນກຂອງໂຄງການ ຂອງ USDA ທີ່ສາມາດດາວໂຫຼດຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່: <https://fns-prod.azureedge.us/sites/default/files/resource-files/ad3027-laotian.pdf>, ຂໍຈາກຫ້ອງການຂອງ USDA ແຫ່ງໃດໜຶ່ງ, ຂໍໂດຍການໂທຫາເບີ (866) 632-9992 ຫຼື ໂດຍການຂຽນຈົດໝາຍສົ່ງຕາມທີ່ຢູ່ໃຫ້ USDA. ຈົດໝາຍຕ້ອງມີຊື່, ທີ່ຢູ່, ເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ຮ້ອງທຸກ ແລະ ຄຳອະທິບາຍລະອຽດເປັນລາຍລັກອັກສອນ ກ່ຽວກັບການດຳເນີນການຈຳແນກທີ່ຖືກກ່າວຫາໃຫ້ລາຍລະອຽດພຽງພໍ ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) ຊາບກ່ຽວກັບລັກສະນະ ແລະ ວັນທີທີ່ເກີດການລະເມີດສິດທິພົນລະເຮືອນທີ່ຖືກກ່າວຫາດັ່ງກ່າວ. ແບບຟອມ AD-3027 ທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວ ຫຼື ຈົດໝາຍ ຈະຕ້ອງສົ່ງໄປໃຫ້ USDA ໂດຍ:

1. **ທາງໄປສະນີ:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; ຫຼື
2. **ແຟັກ:**
(833) 256-1665 ຫຼື (202) 690-7442; ຫຼື
3. **ອີເມວ:**
program.intake@usda.gov

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ໂອກາດທີ່ເທົ່າທຽມ.

ອາຫານຂອງ TEFAP ທີ່ໄດ້ຮັບໃນມື້ທີ່ໄດ້ລົງລາຍເຊັນຢູ່ລຸ່ມນີ້.

| ຊື່ແຈ້ງ | ລາຍເຊັນ | ວັນທີ |
|---------|---------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |