



Iowa Department of Health and Human Services
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 матиме 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 2023 р. – 30 червня 2024 р.

Розмір домогосподарства	1	2	3	4	5	6	7	8	Для кожного додаткового члена домогосподарства додайте:
Річний дохід	26,973	36,482	45,991	55,500	65,009	74,518	84,027	93,536	+9,509
Місячний дохід	2,248	3,041	3,833	4,625	5,418	6,210	7,003	7,795	+793
Тижневий дохід	519	702	885	1,068	1,251	1,434	1,616	1,799	+183

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 отримуєте 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 законодавства про громадянські права, правил і політики Міністерства сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в області громадянських прав, цій установі заборонено здійснювати дискримінацію за расою, кольором шкіри, національним походженням, статтю (зокрема гендерною ідентичністю й сексуальною орієнтацією), інвалідністю чи віком, а також застосовувати будь-які каральні заходи у зв'язку з попередньою діяльністю в області громадянських прав.

Інформація про програму доступна не лише англійською мовою. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних форм подання інформації про програму (наприклад, шрифтом Брайля, великим шрифтом, у вигляді аудіозапису чи американською мовою жестів), повинні звернутися до вповноваженого агентства штату або місцевого агентства, що керує програмою, чи до центру технологій і ресурсів TARGET Center при USDA за номером (202) 720-2600 (голосовий виклик чи телетайп) або зв'язатися з USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень (Federal Relay Service) за номером (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу на дискримінацію у зв'язку з програмою, необхідно заповнити форму AD-3027 (Форма подання скарги на дискримінацію у зв'язку з програмою USDA), яку можна знайти тут: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-ukrainian.pdf>, звернутися до будь-якого офісу USDA, зателефонувати на номер (866)-632-9992 або надіслати листа до USDA. Такий лист має містити ім'я та прізвище заявника, його адресу й номер телефону, а також докладний опис імовірної дискримінаційної дії, щоб належним чином поінформувати помічника міністра з питань громадянських прав (Assistant Secretary for Civil Rights, ASS) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до USDA будь-яким із наведених нижче способів:

- Поштою:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; або
- факсом:**
(833) 256-1665 або (202) 690-7442, або
- електронною поштою:**
program.intake@usda.gov

Ця установа надає рівні можливості всім особам.

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

Ім'я і прізвище друкованими літерами	Підпис	Дата