

الاسم	عدد الأشخاص في أسرتك
العنوان المادي كاملاً	

يوضح الجدول أدناه إرشادات إجمالي الدخل المؤهل (قبل خصم الضرائب) لكل حجم من أحجام الأسر. إذا كانت دخل أسرتك يبلغ الدخل المذكور لعدد الأشخاص في أسرتك أو أقل منه، فأنت مؤهل.

تسري إرشادات دخل TEFAP اعتباراً من 1 يوليو 2024 حتى 30 يونيو 2025

حجم الأسرة	1	2	3	4	5	6	7	8	بالنسبة لكل فرد إضافي بالسر، أضف:
الدخل السنوي	27,861	37,814	47,767	57,720	67,673	77,626	87,579	97,532	+9,953
الدخل الشهري	2,322	3,152	3,981	4,810	5,640	6,469	7,299	8,128	+830
أسبوعياً	536	728	919	1,110	1,302	1,493	1,685	1,876	+192

أنت مؤهل أيضاً للحصول على طعام من TEFAP إذا كانت أسرتك تشارك في أحد البرامج التالية على الأقل. يُرجى اختيار المربع الموجود بجوار البرنامج (البرامج) التي تحصل على إعانات منها:

وجبات مجانية أو مخفضة السعر

SNAP

يُرجى قراءة الإقرار التالي بدقة. إذا كنت موافقاً، فيرجى توقيع النموذج وتاريخه:

أقر أنا بأن إجمالي دخل أسرتي السنوي يبلغ الدخل المذكور في هذا النموذج للأسر التي بها نفس عدد أفراد أسرتي أو أقل منه، أو بأن أسرتي تشارك في البرنامج الذي اخترته في هذا النموذج. كما أقر بأن أسرتي تعيش في Iowa، اعتباراً من اليوم. يتم استكمال نموذج الشهادة هذا فيما يتعلق بالحصول على مساعدة فيدرالية. أدرك أنه يُفترض كوني مؤهلاً لعمليات التوزيعات المستقبلية بمجرد توقيع هذا النموذج. أدرك أنني مُطالب بإبلاغ مخزن المؤن في حال زيادة دخلي عن المبلغ المذكور لأسرتي.

يجوز لموظفي البرنامج التحقق من صحة ما أقررت به. أدرك أن تقديم معلومات مزورة قد يتسبب في تعويض الولاية عن قيمة الطعام الصادر لي بشكل غير صحيح وأنه قد يعرضني للمحاكمة الجنائية بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي.

أقر بأن بيان عدم التمييز الصادر من USDA متوفر في الجهة الخلفية من هذا النموذج وتتوفر نسخة منه عند مطالبتني بذلك.

التوقيع	التاريخ
---------	---------

