

فرم درخواست واجد شرایط بودن برای برنامه (TEFAP) Emergency Food Assistance Program

نام _____ چند نفر در خانوار شما هستند _____

برای اینکه واجد شرایط دریافت غذاهای TEFAP USDA باشید، باید در ایالت Iowa زندگی کنید و دستورالعمل های درآمدی را برای اندازه خانوار خود رعایت کنید، یا SNAP و/یا ناهار رایگان و کم هزینه دریافت کنید.

دستورالعملهای درآمد TEFAP از تاریخ 1 جولای 2025 تا 30 ژوئن 2026 قابل اجرا است

اندازه خانوار	1	2	3	4	5	6	7	8	افزودن فرد اضافی:
سالانه	\$28,953	\$39,128	\$49,303	\$59,478	\$69,653	\$79,828	\$90,003	\$100,178	+\$10,178
ماهانه	\$2,413	\$3,261	\$4,109	\$4,957	\$5,805	\$6,653	\$7,501	\$8,349	+\$848
هفتگی	\$557	\$753	\$949	\$1,144	\$1,340	\$1,536	\$1,731	\$1,927	+\$196

خانواده من در ایالت Iowa زندگی می کند: ☐ بله ☐ خیر

خانوار من مطابق با جدول بالا واجد شرایط درآمد است: ☐ بله ☐ خیر

خانوار من این موارد را دریافت می کند: ☐ ناهار رایگان یا با تخفیف SNAP ☐

لطفاً بیانیه زیر را با دقت بخوانید. اگر موافق هستید، لطفاً فرم را با درج تاریخ امضا کنید:

اطلاعاتی که در این فرم ارائه می دهیم، از امروز دقیق است. من در حال تکمیل این فرم هستم تا بتوانم کمک فدرال را دریافت کنم. من مطلع هستم که وقتی این فرم را امضا کردم، فرض بر این است که تا 30 ژوئن واجد شرایط کمک های آتی هستم. من مطلع هستم که اگر درآمد من از مقدار درآمد ذکر شده برای خانواده ام بیشتر شود، باید به انبار گزارش دهم. مسئولان برنامه می توانند آنچه را من گواهی کرده ام راستی آزمایی کنند. می دانم که اگر اظهارات نادرستی بدهم، ممکن است مجبور باشم برای مواد غذایی که اشتباه دریافت کرده ام معادل آنرا به ایالت بپردازم و ممکن است طبق قوانین ایالتی و فدرال تحت تعقیب کیفری قرار بگیرم.

امضای گیرنده _____ تاریخ _____

یا

امضای نماینده _____ تاریخ _____

مطابق با قانون فدرال حقوق مدنی و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، این وزارتخانه، آژانس ها، دفاتر، کارمندان و مؤسساتی که در برنامه های USDA مشارکت دارند یا آنها را اجرا می کنند، از هرگونه تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، مذهب، جنسیت، ناتوانی، سن، وضعیت تأهل، وضعیت خانوادگی/والدینی، یا دریافت درآمد ناشی از کمک های مدنی قبلی منع می شوند. این ممنوعیت شامل هر برنامه یا فعالیتی است که توسط وزارت کشاورزی ایالات متحده اجرا یا تأمین مالی می شود (لازم به ذکر است که همه مبانی مذکور برای تمامی برنامه ها به طور یکسان اعمال نمی شوند). اقدامات جبرانی و مهلت های ثبت شکایت بسته به برنامه یا حادثه متفاوت است. افراد دارای معلولیت که برای دریافت اطلاعات مربوط به برنامه ها به ابزارهای ارتباطی جایگزین نیاز دارند (مانند بریل، چاپ درشت، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی و غیره)، باید با آژانس دولتی یا محلی که برنامه را مدیریت می کند تماس بگیرند یا از طریق سرویس رله مخابراتی با شماره 711 (صدا و TTY) با وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA) ارتباط برقرار کنند.

همچنین، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان های دیگری غیر از انگلیسی در دسترس باشد. برای ثبت شکایت مربوط به تبعیض در برنامه، فرم «شکایت تبعیض برنامه USDA» به شماره [AD-3027](#) را تکمیل کنید. این فرم به صورت آنلاین در بخش «نحوه ثبت شکایت تبعیض برنامه» و همچنین در تمامی دفاتر وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA) در دسترس است. همچنین می‌توانید با ارسال نامه‌ای خطاب به USDA که شامل تمامی اطلاعات درخواست شده در فرم مذکور باشد، نسبت به ثبت شکایت اقدام نمایید. جهت درخواست کپی فرم شکایت با شماره 632-9992 (866) تماس حاصل فرمایید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را به USDA ارسال کنید:

1. از طریق پست: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 یا

2. فاكس: 256-1665 (833) يا 690-7442 (202)، يا

3. ایمیل : program.intake@usda.gov

توزيع اضافی:

[illegible]