

ໃບສະໝັກສິດທິເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານອາຫານສຸກເສີນ (TEFAP)

ຈື່ _____ ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສະມາຊິກຈັກຄົນ _____

ຖ້າວ່າຕ້ອງການມີສິດໄດ້ຮັບອາຫານຈາກ TEFAP USDA ທ່ານຕ້ອງອາໄສຢູ່ໃນລັດ Iowa, ແລະ ມີລາຍໄດ້ຕົງຕາມຫຼັກການ, ຫຼື ໄດ້ຮັບ SNAP ແລະ /ຫຼື ອາຫານທ່ຽງຟຣີ ຫຼື ຫຼຸດລາຄາ.

ຄູ່ມືກ່ຽວກັບລາຍຮັບຂອງ TEFAP ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ແຕ່ວັນທີ 1 ກໍລະກົດ 2025 - 30 ມິຖຸນາ 2026 - ລາຍໄດ້ລວມ

ຂະໜາດຄົວເຮືອນ	1	2	3	4	5	6	7	8	ບຸກຄົນເພີ່ມຕື່ມ:
ປະຈຳປີ	\$28,953	\$39,128	\$49,303	\$59,478	\$69,653	\$79,828	\$90,003	\$100,178	+ \$10,178
ປະຈຳເດືອນ	\$2,413	\$3,261	\$4,109	\$4,957	\$5,805	\$6,653	\$7,501	\$8,349	+ \$848
ປະຈຳອາທິດ	\$557	\$753	\$949	\$1,144	\$1,340	\$1,536	\$1,731	\$1,927	+ \$196

ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນລັດ Iowa: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕົງຕາມເກນທີ່ກຳນົດຕາມຕາຕະລາງດ້ານເທິງ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ: ☐ SNAP ☐ ອາຫານທ່ຽງຟຣີ ຫຼື ຫຼຸດລາຄາ

ກະດູນາອ່ານຄຳຖະແຫຼງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ. ຖ້າວ່າທ່ານເຫັນດີ, ກະດູນາເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃນຟອມ:

ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງໃນວັນນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຕື່ມແບບຟອມນີ້ເພື່ອຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດຖະບານກາງ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າເຊັນແບບຟອມນີ້ແລ້ວ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບການແຈກຢາຍໃນອະນາຄົດຈົນເຖິງ 30 ມິຖຸນາ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າ

ຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານໃຫ້ແກ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຫ້ອງອາຫານ,

ຖ້າວ່າລາຍຮັບຂອງຂ້ອຍເພີ່ມຂຶ້ນເກີນຈຳນວນລາຍຮັບທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ສຳລັບຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ພະນັກງານຂອງໂຄງການອາດຈະກວດສອບສິ່ງທີ່ຂ້ອຍຍືນຍັນວ່າເປັນຄວາມຈິງ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການເຮັດງົບການເງິນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ລັດຈຳເປັນ

ຕ້ອງຈ່າຍເງິນສຳລັບມູນຄ່າຂອງອາຫານທີ່ໄດ້ແຈກຢາຍອອກໄປຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ

ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຖືກດຳເນີນຄະດີອາຍາພາຍໃຕ້ກົດ

ໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

ລາຍເຊັນຜູ້ຮັບ _____ ວັນທີ _____

ຫຼື

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບມອບພັນທະ _____ ວັນທີ _____

ອີງຕາມກົດໝາຍສິດຂອງພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍດ້ານສິດຂອງພົນລະເມືອງຂອງ USDA, USDA, ຕົວແທນຂອງ

ພວກເຂົາ, ຫ້ອງການ, ພະນັກງານ ແລະ ສະຖາບັນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA

ແມ່ນຖືກຫ້າມຈາກການແບ່ງແຍກໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ,

ສະຖານະຄອບຄົວ/ຜູ້ປົກຄອງ, ລາຍໄດ້ຈາກໂຄງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະຄວາມເຊື່ອ

ທາງການເມືອງ ຫຼື ການແກ້ໄຂ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ສຳລັບກິດຈະກຳດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້າທີ່ຈະດຳເນີນງານຂອງໂຄງການ ຫຼື

ກິດຈະກຳໃດໆ ຫຼື ຮັບເງິນທຶນ

ຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງໝົດນຳໃຊ້ກັບທຸກໂຄງການ). ວິທີການແກ້ໄຂ ແລະ

ກຳນົດເວລາຍື່ນຂໍ້ຮ້ອງທຸກແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມໄບຮແກມຕ່າງໆ.

ຄົນພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ,

470-5313(LA) (05/25)

ນອກຈາກນີ້, ຂໍ້ມູນໂຄງການອາດຈະມີໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ.
ເພື່ອຢືນຢັນຂໍ້ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກ, ຕື່ມແບບຟອມຮ້ອງທຸກ
ເລື່ອງການແບ່ງແຍກຂອງໂຄງການ USDA ([AD-3027](#)) ເບິ່ງທາງອອນລາຍຢູ່ໃນວິທີການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກການຈຳແນກໂຄງການ ແລະ
ຢູ່ໃນຫ້ອງການຂອງ USDA ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍທີ່ສົ່ງໄປຫາ USDA ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍຢູ່ໃນແບບຟອມ.
ເພື່ອຂໍແບບຟອມຮ້ອງທຸກສະບັບຊ່າເບີ, ໂທເບີ
(866) 632-9992. ສົ່ງແບບຟອມທີ່ໄດ້ຕື່ມສໍາເລັດແລ້ວ ຫຼື ຈົດໝາຍຫາ USDA ໂດຍທາງ:

1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; ၂၆

3. **ອີເມວ:** program.intake@usda.gov

ການມີສ່ວນຮ່ວມເພີ່ມຕື່ມ:

[illegible]