

TUTAJ NAZWA TWOJEJ AGENCJI

EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)
(PROGRAM POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ W SYTUACJACH NAGŁYCH)
CERTIFICATION OF ELIGIBILITY TO TAKE FOOD HOME
(POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZABIERANIA ŻYWNOŚCI DO DOMU)
7 CFR 251

Imię i nazwisko: _____

Liczba osób w gospodarstwie domowym: _____

Adres: _____

County (powiat): _____

Poniżej przedstawiono roczny dochód brutto dla rodzin o różnej wielkości. Osoby, których dochód na gospodarstwo domowe jest taki sam lub niższy niż dochód podany dla danej liczby osób w gospodarstwie domowym, kwalifikują się do otrzymywania żywności. **Poniższa tabela obowiązuje od 1 lipca 2019 do 30 czerwca 2020.**

Liczba osób w gospodarstwie domowym	Roczny dochód	Miesięczny dochód	Dwa razy w miesiącu	Co dwa tygodnie	Dochód tygodniowy
1	\$16,237	\$1,354	\$677	\$625	\$313
2	\$21,983	\$1,832	\$916	\$846	\$423
3	\$27,729	\$2,311	\$1,156	\$1,067	\$534
4	\$33,475	\$2,790	\$1,395	\$1,288	\$644
5	\$39,221	\$3,269	\$1,635	\$1,509	\$755
6	\$44,967	\$3,748	\$1,874	\$1,730	\$865
7	\$50,713	\$4,227	\$2,114	\$1,951	\$976
8	\$56,459	\$4,705	\$2,353	\$2,172	\$1,086
W przypadku każdego dodatkowego członka rodziny należy dodać:	\$5,746	\$479	\$240	\$221	\$111

W tabeli podano kryteria uprawniające dotyczące dochodu miesięcznego, dochodu otrzymywanego dwa razy w miesiącu (24 wypłaty w roku), dochodu otrzymywanego co dwa tygodnie (26 wypłat w roku) i dochodu tygodniowego.

Osoby, których gospodarstwo domowe spełnia podane wyżej warunki dotyczące dochodu lub uczestniczy w dowolnym z poniższych programów, kwalifikują się do otrzymywania żywności z programu TEFAP. Proszę zaznaczyć właściwą kategorię.

_____ Uprawnienia wynikające z dochodu

_____ *Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)* (Program Pomocy Żywnościowej) (wcześniej znany pod nazwą *Food Stamps* – Talony żywnościowe)

_____ *Temporary Assistance to Needy Families (TANF)* (Tymczasowa pomoc dla rodzin w potrzebie)

_____ *Supplemental Security Income – SSI* (Uzupełniająca zapomoga rządowa)

_____ *Medicaid* (Pomoc medyczna dla osób z niskimi dochodami)

Proszę uważnie przeczytać poniższe oświadczenie, a następnie podpisać formularz i wstawić dzisiejszą datę. Aby zakwalifikować się do otrzymywania żywności z USDA (Ministerstwo Rolnictwa USA) wystarczy spełnić tylko jedno z tych wymagań.

*Oświadczam, że dochód roczny brutto w moim gospodarstwie domowym jest na poziomie lub niższy od dochodu podanego w tym formularzu dla gospodarstw domowych z taką samą liczbą osób, **LUB** że uczestniczę w programie(-ach), które zaznaczyłem(-am) na formularzu. Oświadczam również, że w chwili obecnej mieszkam w stanie Floryda. Niniejsze oświadczenie składane jest w związku z otrzymaniem pomocy federalnej. Urzędnicy zawiadujący tym programem mogą weryfikować zgodność podanych przeze mnie danych z prawdą. Rozumiem, że złożenie fałszywego oświadczenia może spowodować konieczność zapłacenia agencji stanowej za otrzymaną żywność, a także skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności cywilnej lub karnej w świetle przepisów stanowych i federalnych.*

_____ Podpis

_____ Data

OŚWIADCZENIE TO WAŻNE JEST PRZEZ OKRES JEDNEGO ROKU i w razie potrzeby może być odnawiane. Wszelkie zmiany w gospodarstwie domowym należy niezwłocznie zgłaszać agencji zajmującej się dystrybucją.

OPCJONALNIE: Upoważniam _____ do odebrania w moim imieniu żywności z USDA.

Zgodnie z przepisami federalnego kodeksu cywilnego oraz regulacjami i przepisami kodeksu cywilnego Amerykańskiego Ministerstwa Rolnictwa (USDA), jego agencjom, biurom, pracownikom i instytucjom uczestniczącym lub zarządzającym programami USDA zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, płeć, niepełnosprawność, wiek, oraz stosowania odwetu za wcześniejsze działania dotyczące praw obywatelskich w dowolnym programie lub działaniach prowadzonych, lub finansowanych przez USDA.

Osoby niepełnosprawne, wymagające alternatywnych sposobów komunikacji, w celu uzyskania informacji o programie (na przykład alfabetem Braille, dużą czcionką, w formie głosowej, w amerykańskim języku migowym itp), powinny skontaktować się z agencją (stanową lub lokalną), w której ubiegali się o świadczenia. Osoby głuche, niedosłyszące lub z zaburzeniami mowy mogą skontaktować się z USDA poprzez *Federal Relay Service* pod numerem (800) 877-8339. Ponadto informacje o programach mogą być udostępniane w językach innych niż angielski.

Aby złożyć zażalenie dotyczące dyskryminacji należy wypełnić formularz [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) (Formularz zażalenia na dyskryminację), dostępny online na stronie: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, a także w dowolnym biurze USDA, lub wysłać pismo zaadresowane do USDA, zawierające wszystkie informacje wymagane w formularzu. Egzemplarz formularza zażalenia można uzyskać dzwoniąc pod numer (866) 632-9992. Wypełniony formularz lub pismo należy wysłać do USDA:

- (1) pocztą na adres: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) faksem na numer (202) 690-7442; lub
- (3) pocztą e-mail na adres: program.intake@usda.gov.

Instytucja jest świadczeniodawcą zapewniającym równe szanse.