

**ПРОГРАМА ЕКСТРЕНОЇ ПРОДОВОЛЬЧОЇ ДОПОМОГИ (TEFAP)
ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПРАВА НА ОТРИМАННЯ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ НА ДІМ
7 CFR 251**

Ім'я: _____

Кількість членів сім'ї: _____

Округ: _____

Поштовий індекс: _____

Якщо ви є громадянином США або «іноземцем, який має права» відповідно до визначення в параграфі 1641 розділу 8 Кодексу законів США (United States Code, U.S.C.) і 1) дохід вашого домогосподарства дорівнює або менший за певний дохід, що відповідає встановленим критеріям для вказаної кількості людей у вашому домогосподарстві, або 2) ви берете участь у певних програмах допомоги (Американська програма допомоги в додатковому харчуванні (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Програма тимчасової допомоги нужденним родинам (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Програма додаткового соціального доходу (Supplemental Security Income, SSI) або Medicaid), ви маєте право отримувати продукти харчування від Програми екстреної продовольчої допомоги (Emergency Food Assistance Program, TEFAP).

Інструкція з визначення відповідності критеріям програми TEFAP щодо доходу у 2026 році.

Склад сім'ї	Щорічний дохід	Щомісячний дохід	Двічі на місяць	Кожні два тижні	Щотижневий дохід
1	47 880 дол. США	3 990 дол. США	1 995 дол. США	1 842 дол. США	921 дол. США
2	64 920 дол. США	5 410 дол. США	2 705 дол. США	2 497 дол. США	1 248 дол. США
3	81 960 дол. США	6 830 дол. США	3 415 дол. США	3 152 дол. США	1 576 дол. США
4	99 000 дол. США	8 250 дол. США	4 125 дол. США	3 808 дол. США	1 904 дол. США
5	116 040 дол. США	9 670 дол. США	4 835 дол. США	4 463 дол. США	2 232 дол. США
6	13 3080 дол. США	11 090 дол. США	5 545 дол. США	5 118 дол. США	2 559 дол. США
7	150 120 дол. США	12 510 дол. США	6 255 дол. США	5 774 дол. США	2 887 дол. США
8	167 160 дол. США	13 930 дол. США	6 965 дол. США	6 429 дол. США	3 215 дол. США
Для кожного додаткового члена сім'ї додайте:	17 040 дол. США	1 420 дол. США	710 дол. США	655 дол. США	317 дол. США

Ви маєте право отримувати харчові продукти за програмою TEFAP, якщо ваша сім'я відповідає вказаним критеріям щодо доходу або є учасником будь-якої із зазначених нижче програм. Поставте позначку біля відповідної категорії.

- ☐ Відповідність критеріям щодо доходу
☐ Програма надання допомоги на додаткове харчування (SNAP) (також відома як продовольчі талони)
☐ Програма державної допомоги нужденним сім'ям (TANF)
☐ Додатковий гарантований дохід (SSI)
☐ Medicaid

Підтвердження:

*Я особисто засвідчую, що річний сукупний дохід моєї сім'ї є на рівні або менше суми доходу, вказаної у цій формі для сім'ї із такою ж кількістю членів, **АБО** що я є учасником програм(и), зазначених у цій формі. Я також підтверджую, що на момент підписання цієї форми я проживаю на території штату Флорида. І, відповідно до наказу виконавчої влади 14218 від 19 лютого 2025 року, я є громадянином США або «іноземцем, який має права» відповідно до визначення у 8 U.S.C. 1641. Надання цього підтвердження пов'язано з отриманням федеральної допомоги. Я розумію, що неправдиве підтвердження може призвести до обов'язку відшкодувати установам штату вартість неправомірно отриманих харчових продуктів, а також може тягнути за собою цивільну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством штату та федеральним законодавством.*

Повне ім'я друкowanими літерами: _____ Підпис: _____ Дата: _____

НЕОБОВ'ЯЗКОВО: Я уповноважую _____ отримувати харчові продукти USDA від мого імені.

Про будь-які зміни в обставинах сім'ї слід негайно повідомляти розподільчій установі.

ОЗНАЙОМТЕСЯ З ІНФОРМАЦІЄЮ НА ЗВОРОТІ ЦЬОГО ДОКУМЕНТА — ЗАЯВА USDA ПРО НЕДОПУЩЕННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ:

«Відповідно до федерального законодавства у сфері громадянських прав та політики Міністерства сільського господарства США (USDA), ця установа не має права дискримінувати за ознакою раси, кольору

шкіри, національності, статі, наявності інвалідності, віку або у відповідь на попередні скарги на порушення громадянських прав.

Окрім англійської, інформація про цю програму може бути надана іншими мовами. Особи з інвалідністю, які потребують альтернативних способів отримання інформації про програму (наприклад, шрифтом Брайля, збільшеним шрифтом, у формі аудіозапису, американською жестовою мовою тощо), мають звернутися до відповідної установи (на рівні штату чи місцевої громади), яка керує програмою, або до TARGET-центру USDA за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок чи телетайп), або до USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень за номером (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу щодо дискримінації у програмі, заявник має заповнити Форму скарги про дискримінацію в програмах USDA (форма AD-3027). Її можна отримати, завантаживши онлайн за посиланням: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, особисто у будь-якому управлінні USDA, за телефоном (866) 632-9992 або надіславши листа на адресу USDA. У листі має бути вказано ім'я, адресу, номер телефону заявника, а також максимально детальний письмовий опис потенційної дискримінації, щоб інформувати Заступника секретаря Управління з громадянських прав (ASCR) про характер та дату потенційного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно подати до USDA наступним чином:

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

Ця установа прагне надавати всім рівні можливості.