FARM SHARE, Inc.

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ALIMENTAR DE EMERGÊNCIA (TEFAP)
CERTIFICADO DE ELEGIBILIDADE PARA LEVAR ALIMENTOS PARA CASA**

7 CFR 251

INFORMAÇÕES EM NEGRITO SÃO OBRIGATÓRIAS

Nome: _____

Número de Pessoas na Residência: _____

País: _____

CEP: _____

Se a renda da sua família estiver igual ou abaixo da renda indicada para o número de pessoas na sua residência, você está elegível para receber alimentos. Diretrizes de Elegibilidade de Renda do TEFAP – 2025.

Número de Pessoas na Residência	Renda Anual	Renda Mensal	Renda Quinzenal (Duas Vezes por Mês)	A cada Duas Semanas	Renda Semanal
1	\$46,950	\$3,913	\$1956	\$1806	\$903
2	\$63,450	\$5,288	\$2,644	\$2,440	\$1,220
3	\$79,950	\$6,663	\$3,331	\$3,075	\$1,538
4	\$96,450	\$8,038	\$4,019	\$3,710	\$1,855
5	\$112,950	\$9,413	\$4,706	\$4,344	\$2,172
6	\$129,450	\$10,788	\$5,394	\$4,979	\$2,489
7	\$145,950	\$12,163	\$6,081	\$5,613	\$2,807
8	\$162,450	\$13,538	\$6,769	\$6,248	\$3,124
Para cada membro adicional da família, acrescente:	\$16,500	\$1,375	\$688	\$635	\$317

Você é elegível para receber alimentos do TEFAP se sua família atender às diretrizes de renda acima ou participar de algum dos programas listados a seguir. Por favor, indique com um X no espaço ao lado da categoria que se aplica.

- _____ Elegibilidade de renda
_____ Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) (também conhecido como Vale-Alimentação)
_____ Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF)
_____ Renda Suplementar de Segurança Social (SSI)
_____ Medicaid

O funcionário da Agência Local Distribuidora deve marcar esta caixa, após o requerente ter lido a declaração de certificação abaixo:

Eu certifico, por auto declaração, que a renda bruta anual da minha família está igual ou abaixo da renda indicada neste formulário para famílias com o mesmo número de pessoas OU que participo dos programas que assinali neste formulário. Também certifico que, até a presente data, resido no Estado da Flórida. Esta certificação está sendo apresentada em relação ao recebimento de assistência federal. Compreendo que a apresentação de uma certificação falsa pode resultar na obrigação de pagar à agência estadual o valor dos alimentos fornecidos indevidamente e pode sujeitar-me a processos civis ou criminais, conforme as leis estaduais e federais.

OPCIONAL: Eu autorizo
em meu nome.

a retirar alimentos do USDA

Quaisquer mudanças nas circunstâncias da família devem ser comunicadas imediatamente à agência distribuidora.

CONSULTE O VERSO DESTES DOCUMENTOS PARA OBTER INFORMAÇÕES ADICIONAIS E A DECLARAÇÃO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO DO USDA. INFORMAÇÕES ADICIONAIS NÃO FAZEM PARTE DO TEFAP E NÃO SÃO ENDOSSADAS PELO USDA E PELO DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA E SERVIÇOS AO CONSUMIDOR DA FLÓRIDA. O FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES ADICIONAIS NÃO É CONDIÇÃO PARA O RECEBIMENTO DE ALIMENTOS DO USDA.

“De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo, deficiência, idade ou retaliação por atividades anteriores relacionadas a direitos civis.

As informações do programa podem estar disponíveis em idiomas além do Inglês. Pessoas com deficiência que necessitem de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, impressão em tamanho grande, fitas de áudio, Língua de Sinais Americana) devem entrar em contato com a agência estadual ou local responsável pela administração do programa ou com o Centro TARGET do USDA pelo telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou contatar o USDA por meio do Serviço Federal de Retransmissão pelo número (800) 877-8339.

Para apresentar uma reclamação por discriminação no programa, o reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação por Discriminação do Programa USDA, que pode ser obtido online em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, em qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992, ou enviando uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone do reclamante e uma descrição escrita da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar ao Secretário Assistente de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data da alegada violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta deve ser enviada ao USDA para:

1. **correio:**

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; ou

2. **fax:**

(833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou

3. **e-mail:**

program.intake@usda.gov”

Esta instituição é um provedor que oferece oportunidades iguais.

AS PERGUNTAS ABAIXO SÃO OPCIONAIS

Por favor, indique a faixa etária dos membros da sua família:

Bebê (0-4 meses): _____ Criança pequena (5 meses-3 anos): _____ Criança pequena (3-12,5 anos): _____
Adolescente: (12-17 anos): _____ Adulto (18-54 anos): _____ Idoso (55+ anos): _____

O beneficiário ou alguém na residência é veterano ou membro ativo das forças armadas?

Sim: _____ Não: _____ Serviço ativo: _____

Você está empregado atualmente? Sim: _____ Não: _____

Tempo Parcial: _____ Tempo Integral: _____ Temporário: _____ Deficiente: _____

Você possui, aluga ou mora com parentes?

Próprio: _____ Alugar: _____ Morar com parentes: _____ Outro: _____

Qual é o seu nível de escolaridade?

Ensino médio incompleto: _____ Ensino médio/GED: _____ Ensino superior incompleto: _____
Profissionalizante: _____ Associado: _____ Mestrado: _____ Doutorado: _____