

FEEDING TAMPA BAY

برنامج المساعدة الغذائية العاجلة (تيفاب)
شهادة أهلية لأخذ الطعام إلى المنزل
7 سي إف آر 251

الاسم _____
العنوان _____
عدد الأشخاص في المنزل _____
المنطقة: _____

يظهر فيما يلي الدخل الإجمالي السنوي لحجم كل عائلة. إذا كان دخل منزلك يساوي أو أقل من الدخل المدرج لعدد الأشخاص في المنزل، فأنت مؤهل لاستلام الغذاء. يسري مفعول الجدول أدناه من 1 تموز/ يوليو 2020 لغاية 30 حزيران/ يونيو 2021

حجم المنزل	الدخل السنوي	الدخل الشهري	مرتين شهرياً	كل أسبوعين	الدخل الأسبوعي
1	\$16,588	\$1,383	\$692	\$638	\$319
2	\$22,412	\$1,868	\$934	\$862	\$431
3	\$28,236	\$2,353	\$1,177	\$1,086	\$543
4	\$34,060	\$2,839	\$1,420	\$1,310	\$655
5	\$39,884	\$3,324	\$1,662	\$1,534	\$767
6	\$45,708	\$3,809	\$1,905	\$1,758	\$879
7	\$51,532	\$4,295	\$2,148	\$1,982	\$991
8	\$57,356	\$4,780	\$2,390	\$2,206	\$1,103
لكل شخص إضافي في العائلة أضف:	\$5,824	\$486	\$243	\$224	\$112

يفصل هذا الجدول معايير الأهلية بالنسبة للدخل الشهري والدخل المستلم مرتين شهرياً (24 دفعة سنوياً) والدخل المستلم كل أسبوعين (26 دفعة سنوياً) والدخل الأسبوعي.

تعتبر مؤهلاً للحصول على الغذاء من تيفاب اذا توافق دخلك المنزلي مع التعليمات الموضحة أعلاه أو إذا كنت مشتركاً في أي من البرامج التالية. يرجى وضع إشارة التحقق في الفراغ المجاور للفتحة المنطبقة.

أهلية الدخل
برنامج المساعدة الغذائية الإضافية (SNAP)
المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)
الدخل التأميني الإضافي (SSI)
التأمين الصحي ميديكيد

يرجى قراءة البيان التالي بعناية ومن ثم توقيع الاستمارة وتدوين تاريخ اليوم. يكفي تحقيق أحد هذه المتطلبات لتكون مؤهلاً لاستلام غذاء وزارة الزراعة الأمريكية. أقر بأن الدخل السنوي الإجمالي لمنزلي يساوي أو أقل من الدخل المدرج على هذه الاستمارة بالنسبة لعدد الأشخاص في المنزل أو أنني مشترك في البرنامج (البرامج) التي وضعت عليها إشارة تحقق في هذه الاستمارة. كما أقر أنني بتاريخ اليوم أقيم في ولاية فلوريدا. تقدم هذه الشهادة بخصوص تلقي المساعدة الفيدرالية. يمكن للمسؤولين عن البرنامج التحقق من صحة ما أقرت به. أتفهم أن إعطاء شهادة غير صحيحة يمكن أن يؤدي إلى أن أدفع للجهة الحكومية قيمة الغذاء الذي تم منحه لي دون حق ويمكن أن أتعرض للمقاضاة المدنية أو الجنائية بحسب قانون الولاية والقانون الفيدرالي.

التاريخ: _____

التوقيع: _____

هذه الشهادة صالحة لمدة عام واحد ويمكن تجديدها حسب الحاجة. يجب إبلاغ الوكالة المعنية بالتوزيع عن أي تغيير في ظروف المنزل

اختيارياً: أفوض _____ باستلام مساعدات وزارة الزراعة الأمريكية الغذائية بالنيابة عني.

استناداً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي وأنظمة وسياسات الحقوق المدنية في وزارة الزراعة الأمريكية، يُمنع على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في أو القائمة على برامجها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو السن أو الثأر أو الانتقام من فعالية حقوق مدنية سابقة في أي برنامج أو فعالية تقام أو تمول من قبل الوزارة.

يتوجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يودون الحصول على طرق بديلة للتواصل (مثلا لغة برايل، طباعة كبيرة، شريط صوتي، لغة الإشارة الأمريكية، الخ.) الاتصال بالوكالة (محلية أو على مستوى الولاية) حيث قدموا طلبات الحصول على المساعدات. ويمكن للصم وضعيفي السمع وذوي الإعاقة النطقية الاتصال من خلال خدمة التقوية الوطنية على الرقم 8008778339 وبالإضافة إلى ذلك، يمكن توفير المعلومات بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى تمييز في البرنامج، يرجى ملء استمارة شكوى التمييز (AD-3027) والموجود على صفحة الانترنت

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html

أو في أي من مكاتب الوزارة، أو برسالة موجهة للوزارة تحتوي كافة المعلومات المطلوبة في الاستمارة. لطلب نسخة من استمارة الشكوى، يرجى الاتصال بـ

8666329992 قدم الاستمارة المملوءة أو الرسالة للوزارة عن طريق:

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

(2) الفاكس 690-7442 (202) أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

تطبق هذه المؤسسة مبدأ تكافؤ الفرص