

FEEDING TAMPA BAY

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 2020 do 30 czerwca 2021.**

Liczba osób w gospodarstwie domowym	Roczny dochód	Miesięczny dochód	Dwa razy w miesiącu	Co dwa tygodnie	Dochód tygodniowy
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
W przypadku każdego dodatkowego członka rodziny należy dodać:	\$5,824	\$486	\$243	\$224	\$112

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, niedosłyszające 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.

Institucja jest świadczeniodawcą zapewniającym równe szanse.