



اداره کمک غذایی

برنامه اضطراری کمک غذایی (TEFAP)

"خود اظهاری نیاز"

تاریخ اجرا 1 جولای، 2024 تا 30 ژوئن، 2025

نام دریافت کننده	امضا و نماینده شرکت	تاریخ
شهرستان محل سکونت دریافت کننده	نام محل توزیع	شماره
کد پستی دریافت کننده	موقعیت محل توزیع	

برنامه اضطراری کمک غذایی طبق سیاست وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA) اعمال می شود که تبعیض در زمینه نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت، سن و معلولیت را قذف می کند. صلاحیت بر اساس رهنمودهای درآمدی لیست شده در بخش زیر است. دریافت کننده خطی دور تمام مواردی می کشد که مربوط به اندازه خانوار خود است، با درک این امر که درآمد آنها در سطح یا زیر میزان درآمدی باشد که برای داشتن صلاحیت حضور در برنامه کمک هزینه ها به آن اشاره شده است.

درآمد کل خانوار (بر اساس 185% فقر)					برای اندازه خانوار دور یک مورد خط بکشید
سالانه	ماهانه	هفتگی			
\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 536		1	
\$ 37,814	\$ 3,151	\$ 728		2	
\$ 47,767	\$ 3,981	\$ 919		3	
\$ 57,720	\$ 4,810	\$ 1,110		4	
\$ 67,673	\$ 5,640	\$ 1,302		5	
\$ 77,626	\$ 6,469	\$ 1,493		6	
\$ 87,579	\$ 7,299	\$ 1,685		7	
\$ 97,532	\$ 8,128	\$ 1,876		8	
\$ 9,953	\$ 830	\$ 192			

برای هر عضو خانواده اضافه کنید:

با امضای زیر، اعلام می کنم که درآمد من از همه منابع درآمد فوق الذکر برای خانوارهای دارای تعداد اعضای مشابه با خانوار من بیشتر نیست. همچنین گواهی می دهم که از امروز، خانوار من در منطقه ای زندگی می کنند که پنسیلوانیا تحت «برنامه کمک غذایی اضطراری» به آن خدمات ارائه می کند. این فرم گواهی در ارتباط با دریافت کمک فدرال تکمیل می شود. من می دانم که این مدارک به صورت محرمانه در این مکان توزیع نگهداری می شوند، اما ممکن است در صورت درخواست اداره کشاورزی پنسیلوانیا یا وزارت کشاورزی ایالات متحده، برای بررسی به آنها ارائه شود.

امضای دریافت کننده تاریخ

فرم تکمیل شده را به آژانس بخش تخصیص یافته بازگردانید. در صورتی که از آژانس مورد نظر اطمینان ندارید، لطفاً از طریق شماره 1-800-468-2433 با اداره تماس بگیرید.



این فرم نباید به هیچ شکلی تغییر داده یا اصلاح شود.

لطفاً برای مشاهده بیانیه عدم تبعیض صفحه پشت این سند را مشاهده نمایید

بیانیه عدم تبعیض USDA

طبق حقوق مدنی فدرال و حقوق مدنی و مقررات و سیاست‌های وزارت کشاورزی ایالات متحده، این مؤسسه از اعمال تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت (شامل هویت جنسیتی و گرایش جنسی)، معلولیت، سن یا مقابله به مثل یا قصاص علیه فعالیت حقوق مدنی، ممنوع شده است.

اطلاعات برنامه به زبان‌های غیر از زبان انگلیسی در دسترس است. اشخاص دچار معلولیت که نیاز به ابزار ارتباطی جایگزین به منظور به دست آوردن اطلاعات برنامه دارند (برای مثال خط بریل، چاپ بزرگ، زبان اشاره آمریکایی)، باید با ایالت یا آژانس محلی مسئول مدیریت برنامه یا مرکز USDA's TARGET از طریق شماره (202) 720-2600 (ارسال صدا و TTY) یا با USDA از طریق Federal Relay Service و با شماره (800) 877-8339 تماس بگیرند.

به منظور ارائه شکایت در زمینه وجود تبعیض در برنامه، شاکی باید یک فرم AD-3027، فرم شکایت تبعیض برنامه USDA را تکمیل کند که از طریق آدرس <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> یا از طریق تماس با شماره (866) 632-9992، یا نامه نگاری با USDA قابل تهیه است. نامه ارسالی باید شامل نام، آدرس، شماره تلفن، و توصیف کتبی اقدام تبعیض‌آمیز مورد ادعا با جزئیات کافی به منظور اطلاع دادن به دستیار وزیر حقوق مدنی (ASCR) درباره ماهیت و تاریخ نقض حقوق مدنی مورد ادعا باشد. فرم AD-3027 تکمیل شده یا نامه باید از طریق آدرس زیر به USDA ارائه شود:

1- پست:

اداره معاون وزیر وزارت خانه کشاوری
در زمینه حقوق بشر به آدرس

1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

2- فکس:

(833) 256-1665 یا (202) 690-7442؛ یا

3- ایمیل:

program.intake@usda.gov

این مؤسسه ارائه‌دهنده فرصت برابر است.

فرم نماینده برنامه کمک غذایی اضطراری
پنسیلوانیا TEFAP

تاریخ _____

من _____ بدین وسیله _____ را مجاز به گرفتن
بسته غذایی TEFAP و تحویل آن به خود می‌نمایم.

امضای نماینده _____

امضای مشتری _____

هویت نماینده تایید شد

نماینده Pantry _____