

Бюро системы распределения продовольствия

Программа чрезвычайной продовольственной помощи (TEFAP)

«Self Декларация о необходимости»

Эффективное 1 июля 2017 года до 30 июня 2018 года.

Имя получателя _____

Агентство представитель Подпись _____ Дата _____

Почтовый адрес _____

HOLY TRINITY FOOD PANTRY

Номер название сайта распределения _____

103 Delaware Crest, Dingmans Ferry, PA 18328

Город- государство Zip _____

Расположение сайта распространения _____

Чрезвычайная программа продовольственной помощи осуществляется в соответствии с политикой Соединенных Штатов министерство сельского хозяйства (USDA), которая запрещает дискриминацию по признаку расы, цвета, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Отбора основана на доход, приведенным ниже. Получатель круги всю линию, которая применяется к их размера домохозяйства, они должны быть на или ниже, уровень доходов указал, чтобы получить право на преимущества программы.


Общий доход домашних хозяйств (основанный на 150% от бедности)				
Бытовые размер				
круг 1	Ежегодный	Ежемесячно	Загрузок	
1	\$ 18,090	\$ 1,508	\$	348
2	\$ 24,360	\$ 2,030	\$	468
3	\$ 30,630	\$ 2,553	\$	589
4	\$ 36,900	\$ 3,075	\$	710
5	\$ 43,170	\$ 3,598	\$	830
6	\$ 49,440	\$ 4,120	\$	951
7	\$ 55,710	\$ 4,643	\$	1,071
8	\$ 61,980	\$ 5,165	\$	1,192
Для каждого дополнительного члена семьи добавьте:	\$ 6,270	\$ 523	\$	121

Я понимаю ограничения доходов домашних хозяйств и подтверждаю, что мой размер домашнего хозяйства и доход сделать меня право на участие в программе. Я также подтверждаю, что, по состоянию на сегодня, моей семье живет в этом районе, обслуживается Пенсильвании в чрезвычайной продовольственной помощи программы. Эта форма сертификации завершается в связи с приходом федеральной помощи.

Я ПОНИМАЮ, ЧТО ДЕЛАЕТ ЛОЖНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К МОЕЙ НЕОБХОДИМОСТИ ОПЛАТЫ ДЛЯ ЗНАЧЕНИЯ ПИЩИ, НЕПРАВИЛЬНО АДРЕСОВАННЫХ МНЕ И МОЖЕТ ПОДВЕРГНУТЬ МЕНЯ УГОЛОВНОГО ПРЕСЛЕДОВАНИЯ ЗАКОНОМ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ФЕДЕРАЛЬНЫХ.

Подпись получателя _____

Дата _____

 Вернуться заполненную форму с назначенной каунти агентства. Если вы не уверены в правильности агентства, пожалуйста позвоните в бюро по телефону 1-800-468-2433.

ЭТА ФОРМА НЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ИЗМЕНЕНЫ ИЛИ ИЗМЕНЕНЫ КАКИМ-ЛИБО ОБРАЗОМ.

ПОЖАЛУЙСТА, ОБРАТИТЕСЬ К ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ЭТОГО ДОКУМЕНТА ДЛЯ ОПЕРАТОРА НЕДИСКРИМИНАЦИИ ВАЖНЫХ USDA

-Эль-Департамент сельского хозяйства де Estados Unidos prohíbe Ла дискриминации contra sus clientes, служащих у solicitantes de empleo en Лас баз de raza, цвет, Ориген Насьональ, edad, инвалидов, приказ, identidad равенства, religión, represalia y donde creencias políticas aplicables, estado гражданского, знакомые o estado родителей, ориентации сексуальной, o todo o parte-дель-ingreso де ООН человека se deriva де cualquier програма де asistencia pública, o Ла información отбора en el empleo o en cualquier програма o принципа protegida conducido o financiado por el Departamento. (Не Toda prohibidas баз se aplicarán Тодос лос програмы o космической де empleo).

Если вы хотите подать жалобу программы гражданских прав, дискриминации, заполните форму жалобы дискриминации программы USDA, найти в Интернете на http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, или любой USDA управления или вызова (866) 632-9992 просить формы. Вы также можете написать письмо, содержащее все информацию, запрошенную в форме. Отправьте письмо или завершенных жалобы форму нам по почте на Департамент сельского хозяйства США, директор, Отделение судебного разбирательства, 1400 независимости проспект, с.в., Вашингтон 2025-9410, Факс (202) 690-7442 или по электронной почте на program.intake@usda.gov. Которые являются глухих, слуха или речи инвалидов может связаться USDA через Федеральной службы ретрансляции на (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (Испанский).

Которые являются глухих, слуха или речи инвалидов может связаться USDA через Федеральной службы ретрансляции на (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (Испанский).

USDA — равных возможностей поставщика и работодателем.

Форма прокси TEFAP чрезвычайной продовольственной помощи программы Пенсильвания

Дата _____

Я _____ настоящим санкционировать _____ чтобы забрать мой
Упаковка для продуктов TEFAP и доставить его к мне.

Подпись клиента _____

Подписи прокси _____

Представитель кладовая _____

Проверить идентификатор г