

Emergency Food Assistance Program (TEFAP, 紧急食物救
援计划)

授权代表表格

姓名: _____ 家庭人口数: _____

地址: _____

(客户可在上方地址横线上书写“H”表明无家可归。)

此表显示出每种家庭人口数对应的年收入总额。若您的家庭收入处于或低于表中对应家庭人口数的收入，则您将有资格获得食物援助。

2024 收入指南		
家庭人口数	月收入	年收入
1	\$3,765	\$45,180
2	\$5,110	\$61,320
3	\$6,455	\$77,460
4	\$7,800	\$93,600
5	\$9,145	\$109,740
6	\$10,490	\$125,880
7	\$11,835	\$142,020
8	\$13,180	\$158,160
每增加一个家庭成员，月收入增加 \$1,345， 年收入增加 \$16,140		

若您的家庭参与了以下任何一项计划，则您也有资格获得 TEFAP 食物援助。若您参与了其中一项计划，请勾选该计划旁的空白框。

- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, 低收入家庭能源援助计划)
- Social Security Disability Income/Social Security Income (SSDI/SSI, 社会保障残疾收入/社会保障收入)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, 补充营养援助计划) (原名为粮食券)
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF, 贫困家庭临时援助)
- Women, Infant and Children Supplemental Nutrition (WIC, 妇女、婴儿和儿童特别营养补助计划)
- Free or Reduced School Lunch Program (午餐免减计划)

在下方签字即表示，本人声明，我的家庭需要食物援助，而且家庭收入处于或低于合格收入水平，或是我目前参与了任何一项上方勾选的计划。我不会将通过此计划而获得的食物进行出售、物物交换或交易。该保证函是根据联邦援助收据而填写的。计划官方人员可能会核实我所陈述的内容是否属实。本人理解，如做虚假证明，则我可能必须向州支付非合理发放食物的价值，且根据州和联邦法律，有可能对我提起刑事诉讼。我授权以下人员作为我的授权代表：

(授权代表的姓名) _____

(签字)

(日期)