

**The Emergency Food Assistance Program (TEFAP, Программа экстренной продовольственной помощи)**  
**Форма уполномоченного представителя**

Имя: \_\_\_\_\_ Количество человек в домохозяйстве: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
(Клиент может указать статус бездомного буквой «Н» в поле для адреса выше).

В данной таблице приведен совокупный годовой доход для каждого размера семьи. Если доход семьи равен или ниже размера дохода, указанного для количества человек в вашем домохозяйстве, вы имеете право на получение продовольственной помощи.

Доход в соответствии с нормативами на 2024 год		
Размер семьи	Месячный	Годовой
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
Для каждого дополнительного члена необходимо прибавить \$1,345 в месяц или \$16,140 в год.		

Вы также имеете право на получение продовольственной помощи от TEFAP, если ваше домохозяйство участвует в одной из следующих программ. Если вы участвуете в одной из следующих программ, поставьте рядом с ней отметку.

- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, Программа оказания помощи в энергоснабжении для людей с низким доходом)
- Social Security Disability Income/Social Security Income (SSDI/SSI, Социальное страхование на случай потери трудоспособности/дополнительный доход по социальному обеспечению)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, Американская программа льготной покупки продуктов) (ранее известная как программа выдачи продуктовых талонов)
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF, Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям)
- Women, Infant and Children Supplemental Nutrition (WIC, Специальная дополнительная программа питания для женщин, младенцев и детей)
- Free or Reduced School Lunch Program (Национальная программа школьных обедов, предоставляемых бесплатно или по льготной цене)

Подписывая настоящую форму, я заявляю, что мое домохозяйство нуждается в продовольственной помощи, и что семейный доход равен соответствующим уровням дохода или ниже них, ИЛИ в данный момент я являюсь участником одной из программ, отмеченных мною выше. Я не буду заниматься продажей, обменом или реализацией продуктов питания, полученных по этой программе. Настоящая форма сертификации заполнена в связи с получением помощи федерального правительства. Официальные представители программы могут проверить правдивость и достоверность предоставленных мною сведений. Я понимаю, что предоставление заведомо ложных сведений может привести к обязанности оплатить штату сумму, равную стоимости продуктов питания, выданных мне безосновательно, а также привлечению к уголовной ответственности в соответствии с законом штата и федеральным законом. Уполномочиваю следующее лицо действовать в качестве своего уполномоченного представителя:  
(Имя уполномоченного представителя) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)