

Програма екстреної продовольчої допомоги (TEFAP) Форма уповноваженого представника

Ім'я: _____

Кількість людей у домогосподарстві: _____

Поштовий

індекс: _____

(Клієнт може вказати інформацію про безпритульність, написавши літеру «Б» у рядку адреси вище.)

Ця таблиця показує річний валовий дохід для кожного розміру домогосподарства. Якщо дохід вашого домогосподарства дорівнює або нижчий від доходу, зазначеного для кількості осіб у вашому домогосподарстві, ви маєте право на отримання продуктів харчування.

Рекомендації щодо доходів на 2026 рік		
Розмір сім'ї	Щомісячн о	Щорічн о
1	\$3,990	\$47,880
2	\$5,410	\$64,920
3	\$6,830	\$81,960
4	\$8,250	\$99,000
5	\$9,670	\$116,040
6	\$11,090	\$133,080
7	\$12,510	\$150,120
8	\$13,930	\$167,160
За кожного додаткового члена сім'ї додайте \$1,420 доларів США на місяць або \$17,040 доларів США на рік		

Ви також маєте право на отримання продуктів харчування від TEFAP, якщо ваша сім'я бере участь у будь-якій із наведених нижче програм. Якщо ви берете участь в одній із цих програм, позначте поле біля неї.

- Програма енергетичної допомоги малозабезпеченим домогосподарствам (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)
- Дохід від соціального страхування по інвалідності/Дохід від соціального страхування (Social Security Disability Income/Social Security Income, SSDI/SSI)
- Програма додаткової допомоги в отриманні продуктів харчування (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (раніше відома як талони на харчування)
- Тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
- Додаткове харчування для жінок, немовлят і дітей (Women, Infant and Children Supplemental Nutrition, WIC)

Програма безкоштовних шкільних обідів або знижок на них

Підписуючись нижче, я заявляю, що моя сім'я потребує продуктів харчування та що дохід сім'ї відповідає прийнятному рівню доходу або нижчий, АБО що я зараз беру участь у будь-якій із програм, позначених вище. Я не буду продавати, обмінюватися чи торгувати продуктами харчування, отриманими в рамках цієї програми. Ця форма засвідчення заповнюється у зв'язку з отриманням державної допомоги. Офіційні особи програми можуть перевірити правдивість засвідченої мною інформації. Я розумію, що надання неправдивого засвідчення може призвести до того, що мені доведеться сплатити державі вартість неправомірно виданих мені продуктів харчування, а також може призвести до кримінального переслідування відповідно до закону штату та державного законодавства. Я уповноважую вказану нижче особу діяти як мій уповноважений представник:
(Ім'я уповноваженого представника)

(Підпис)

(Дата)