

Iowa Department of Health and Human Services  
**Emergency Food Assistance Program**  
 شرایط احراز صلاحیت برای برنامه (TEFAP)



نام	تعداد افراد خانوار شما
آدرس دقیق محل سکونت	

جدول زیر دستورالعمل‌های درآمد ناخالص واجد شرایط (قبل از کسر مالیات) را به ازای تعداد نفرات خانواده نشان می‌دهد. اگر درآمد خانوار شما کمتر از درآمد ذکر شده برای تعداد افراد حاضر در خانوار شما باشد، شما واجد شرایط هستید.

دستورالعمل‌های درآمد TEFAP از تاریخ 1 جولای 2024 تا 30 ژوئن 2025 قابل اجرا است

اندازه خانوار	1	2	3	4	5	6	7	8	برای هر یک از اعضای خانواده اطلاعات زیر را اضافه کنید:
درآمد سالانه	27,861	37,814	47,767	57,720	67,673	77,626	87,579	97,532	+9,953
درآمد ماهانه	2,322	3,152	3,981	4,810	5,640	6,469	7,299	8,128	+830
هفتگی	536	728	919	1,110	1,302	1,493	1,685	1,876	+192

همچنین در صورتی که خانواده شما حداقل در یکی از برنامه‌های زیر شرکت کند، واجد شرایط دریافت غذا از TEFAP هستید. لطفاً کادر کنار برنامه(هایی) را که از آنها مزایا دریافت می‌کنید علامت بزنید:

ناهارهای رایگان و ارزان قیمت

SNAP

**لطفاً بیانیه زیر را با دقت بخوانید. اگر موافق هستید، لطفاً فرم را با درج تاریخ امضا کنید:**

اینجانب گواهی می‌دهم که درآمد ناخالص سالانه خانوار من برابر یا کمتر از درآمد ذکر شده در این فرم برای خانوارهای هم‌اندازه با خانواده من است، یا اینکه خانوار من در برنامه‌ای که در این فرم علامت زده‌ام شرکت می‌کند. من همچنین گواهی می‌دهم که از امروز، خانوار من در Iowa زندگی می‌کنند. این فرم گواهینامه در ارتباط با دریافت کمک فدرال تکمیل می‌شود. می‌دانم که وقتی این فرم را امضا کردم، اینگونه تلقی می‌شود که واجد شرایط توزیع‌های آتی هستم. می‌دانم که اگر درآمد من بیش از مقدار درآمد ذکر شده برای خانوارم افزایش یابد، باید مراتب را به انبار غذایی گزارش دهم.

مسئولان برنامه می‌توانند آنچه را من گواهی کرده‌ام راستی‌آزمایی کنند. می‌دانم که اظهار نادرست ممکن است باعث شود بهای مقدار غذایی را که به‌طور نادرست برای من داده شده است متناسب با ارزش آن به ایالت بپردازم و ممکن است طبق قوانین ایالتی و فدرال تحت تعقیب کیفری قرار بگیرم.

می‌دانم که بیانیه عدم تبعیض USDA در پشت این فرم ارائه شده است و به درخواست من یک نسخه از آن در اختیارم قرار می‌گیرد.

محل امضا	تاریخ
----------	-------

طبق قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست‌های حقوق مدنی (USDA) U.S. Department of Agriculture، این مؤسسه از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، خاستگاه ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، معلولیت، سن، یا انتقام‌گیری یا تلافی برای فعالیت قبلی حقوق مدنی منع شده است.

ارتباط برقرار کنند اطلاعات برنامه ممکن است به زبان‌های دیگری غیر از انگلیسی در دسترس باشد. افراد توانخواهی که برای به دست آوردن اطلاعات برنامه به وسایل ارتباطی جایگزین (مانند خط بریل، چاپ درشت، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی) نیاز دارند، باید با سازمان ایالتی یا محلی مسئولی که مدیریت و اجرای برنامه را بر عهده دارد یا مرکز TARGET در USDA به شماره (202) 720-2600 (صدا و TTY) تماس بگیرند یا با USDA از طریق خدمات امدادی فدرال به شماره (800) 877-8339 تماس حاصل کنند.

برای طرح شکایت تبعیض برنامه، شاکای باید فرم AD-3027، یا همان USDA Program Discrimination Complaint Form را تکمیل کند که به صورت آنلاین از طریق آدرس اینترنتی:

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-farsi.pdf>

، از هر دفتر USDA، با شماره‌گیری (866) 632-9992، یا از طریق نام‌نگاری با USDA قابل دریافت است. نامه باید حاوی نام، آدرس، شماره تلفن شاکای و شرح کتبی از اقدام تبعیض آمیز ادعایی با جزئیات کافی برای اطلاع دستیار وزیر حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعایی حقوق مدنی باشد. فرم یا نامه تکمیل‌شده AD-3027 باید از طریق یکی از روش‌های زیر به USDA ارسال شود:

1. پست:

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
Independence Avenue, SW 1400  
Washington, D.C. 20250-9410 یا

2. فکس:

(833) 256-1665 یا (202) 690-7442؛ یا

3. ایمیل:

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

این مؤسسه، نوعی ارائه‌دهنده فرصت‌های برابر است.

غذاهای TEFAP در تاریخ امضا شده در زیر دریافت شده است.

نام و نام خانوادگی با حروف بزرگ	محل امضا	تاریخ