



Iowa Department of Health and Human Services  
**Право на участие в Emergency  
 Food Assistance Program (TEFAP)**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Имя                     | Количество людей в вашем домохозяйстве |
| Полный адрес проживания |  |

В таблице ниже представлены принципы в отношении общего дохода (до вычета налогов), соответствующего праву на участие, на размер семьи. Если доход домохозяйства не превышает доход, указанный для количества человек в вашем домохозяйстве, вы имеете на право на участие.

Принципы в отношении доходов для участия в TEFAP, действующие с 1 июля 2023 года по 30 июня 2024 года

| Размер домохозяйства | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | Добавка на каждого дополнительного члена домохозяйства |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| Годовой доход        | 26,973 | 36,482 | 45,991 | 55,500 | 65,009 | 74,518 | 84,027 | 93,536 | +9,509   |
| Месячный доход       | 2,248  | 3,041  | 3,833  | 4,625  | 5,418  | 6,210  | 7,003  | 7,795  | +793   |
| Недельный            | 519    | 702    | 885    | 1,068  | 1,251  | 1,434  | 1,616  | 1,799  | +183   |

Вы также имеете право получать еду по программе TEFAP, если ваше домохозяйство участвует по крайней мере в одной из перечисленных ниже программ. Отметьте галочкой программы, по которым вы получаете льготы.

SNAP

Free or Reduced Lunches

**Внимательно прочитайте утверждение ниже. Если вы с ним согласны, подпишите форму и поставьте дату.**

Я подтверждаю, что мой общий годовой доход не превышает доход, указанный в этой форме для такого же количества людей, что и в моем домохозяйстве, ИЛИ что мое домохозяйство участвует в программе, отмеченной мной в этой форме. Я также подтверждаю, что на данный момент мое домохозяйство проживает в штате Iowa. Эта форма сертификации заполнена в связи с получением федеральной помощи. Я понимаю, что, подписав эту форму, я буду считаться лицом, имеющим право на распределение в будущем. Я понимаю, что обязан(-а) сообщить на продуктовый склад, если мой доход превысит сумму дохода, указанную для моего домохозяйства.

Сотрудники программы могут проверить достоверность информации, указанную мной в форме сертификации. Я понимаю, что из-за ложных заявлений с меня могут потребовать выплатить сумму, на которую штат незаконно выдал мне продукты, и я могу подлежать уголовному преследованию, предусмотренному законами штата или федеральными законами.

Я понимаю, что заявление USDA о недопустимости дискриминации представлено на обороте этой формы и его копия доступна по моему запросу.

|         |      |
|---------|------|
| Подпись | Дата |
|---------|------|

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав. Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в ответственное государственное или местное агентство, которое управляет программой, или в центр USDA TARGET по телефону (202) 720- 2600 (голос и телетайп) или связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://fns-prod.azureedge.us/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf>, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992, или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

1. **почте:**  
 U.S. Department of Agriculture  
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
 1400 Independence Avenue, SW  
 Washington, D.C. 20250-9410; или
2. **fax:**  
 (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. **email:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Это учреждение предоставляет равные возможности.  
 Продукты от TEFAP получены в дату, подписанную ниже.

| Имя печатными буквами | Подпись | Дата |
|-----------------------|---------|------|
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |
|                       |         |      |