

مكتب المساعدات الغذائية

برنامج المساعدات الغذائية في حالات الطوارئ (TEFAP)

"الإعلان الذاتي عن الحاجة"

السريان من 01 يوليو 2024 إلى 30 يونيو 2025

| التاريخ | توقيع ممثل الوكالة | اسم المستلم |
|-------------------|--------------------|-------------|
| الرقم | اسم موقع التوزيع | العنوان |
| مكان موقع التوزيع | اسم المدينة | اسم الولاية |
| الرمز البريدي | | |

يعمل برنامج المساعدات الغذائية في حالات الطوارئ (TEFAP) وفقاً لسياسة وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، التي تحظر التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو السن أو الإعاقة. تتحدد لأهلية بناءً على إرشادات الدخل الواردة أدناه. يجب على المستلم وضع دائرة على الاختيار الذي يعبر عن عدد أفراد أسرته، مُدركاً أنه يجب أن يكون دخل أسرته عند حد الدخل الأدنى المُشار إليه أو أقل منه حتى يصبح مؤهلاً للحصول على الإعانات المُقدمة من البرنامج.

| إجمالي دخل الأسرة (بناءً على نسبة 185% من خط الفقر) | | | |
|---|------------------------|-----------|----------|
| عدد أفراد الأسرة | ضع دائرة على خيار واحد | سنويًا | شهريًا |
| | 1 | \$ 27,861 | \$ 2,322 |
| | 2 | \$ 37,814 | \$ 3,151 |
| | 3 | \$ 47,767 | \$ 3,981 |
| | 4 | \$ 57,720 | \$ 4,810 |
| | 5 | \$ 67,673 | \$ 5,640 |
| | 6 | \$ 77,626 | \$ 6,469 |
| | 7 | \$ 87,579 | \$ 7,299 |
| | 8 | \$ 97,532 | \$ 8,128 |
| | | \$ 9,953 | \$ 830 |

أضف إلى كل فرد في الأسرة:

أقر بعلمي بالحدود الدنيا والقصى لدخل الأسرة، وأقر بأن عدد أفراد أسرتي ودخلها يجعلاني مؤهلاً للمشاركة في البرنامج. وأقر أيضًا أن أسرتي -اعتبارًا من اليوم- تعيش في المنطقة التي تخدمها ولاية بنسلفانيا في برنامج المساعدات الغذائية في حالات الطوارئ. يُملأ نموذج الإقرار هذا لارتباطه باستلام المساعدات الفيدرالية.

أدرك أن تقديم إقرار كاذب قد يؤدي إلى إجباري على تسديد قيمة الطعام الذي صدر لي بصورة غير صحيحة، وإلى مقاضاتي مقاضاة جنائية بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي.

التاريخ توقيع المستلم

أعد النموذج الكامل إلى الوكالة المعنية في مقاطعتك. إذا كنت لا تعلم الوكالة الصحيحة،

اتصل بالمكتب على الرقم 1-800-468-2433.

يُحظر تعديل أو تغيير هذا النموذج بأي شكل من الأشكال حظرًا تامًا.

(USDA) من هذا المستند للاطلاع على بيان عدم التمييز الهام بوزارة الزراعة الأمريكية يُرجى الرجوع إلى الجانب الآخر

بيان عدم التمييز بوزارة الزراعة الأمريكية

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات التي تشارك في أو تُدير برامج وزارة الزراعة الأمريكية ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو العمر أو الثأر أو الانتقال من نشاط سابق من أنشطة الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تنفذه أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية.

وينبغي على الأفراد من أصحاب الهمم، الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للاطلاع على معلومات البرنامج (مثل طريقة الكتابة بلغة برايل، والطباعة بأحرف كبيرة، والتسجيلات على أشرطة صوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) التواصل مع الوكالة التابعة للولاية أو للإدارة المحلية (التي قدموها إليها طلبهم للحصول على المعونات. ويمكن للأفراد الذين يعانون من الصم أو ضعف السمع أو الذين يعانون من إعاقات في النطق والتخاطب التواصل مع وزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم (8339-877) 800). إضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية.

لتقديم شكوى التعرض للتمييز في البرنامج، يُرجى تعبئة نموذج شكوى التعرض للتمييز في أحد برامج وزارة الزراعة الأمريكية، الموجود على الإنترنت على الرابط التالي: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، والموجود أيضًا في أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية؛ أو يُرجى كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية، ويكن يجب أن يحتوي ذلك الخطاب على جميع المعلومات والبيانات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، يُرجى الاتصال بالرقم (9992-632) 866). ويُرجى إرسال النموذج المكتمل أو الخطاب إلى وزارة الزراعة الأمريكية عبر:

1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية
مكتب الأمين المساعد للحقوق المدنية
Independence Avenue, SW 1400
Washington, D.C. 20250-9410

2) الفاكس: (202)690-7442

3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

تطبق هذه المؤسسة مبدأ تكافؤ الفرص.

برنامج المساعدات الغذائية في حالات الطوارئ

نموذج توكيل برنامج (TEFAP) بولاية بنسلفانيا

التاريخ _____

أفوض وأوكل أنا _____ بموجب هذا النموذج _____ باستلام
حزمة الطعام من برنامج (TEFAP) الخاصة بي وتوصيلها لي.

توقيع العميل



توقيع الوكيل

التحقق من الرقم التعريفي للو

ممثّل خزنة المون