

طلب الأهلية لبرنامج Emergency Food Assistance (المساعدة الغذائية في حالة الطوارئ، TEFAP)

الاسم _____ كم عدد أفراد أسرتك _____

لتكون مؤهلاً لتلقي أغذية USDA من خلال برنامج TEFAP، يجب أن تكون مقيماً في ولاية Iowa، وتستوفي الإرشادات الخاصة بالدخل لحجم أسرتك، أو تتلقى مزايا برنامج SNAP أو وجبات غذاء مجانية أو بأسعار مخفضة أو كلاهما سابقاً.

تسري إرشادات دخل TEFAP من 1 يوليو 2025 - 30 يونيو 2026 - الدخل الإجمالي

إضافة شخص إضافي:	8	7	6	5	4	3	2	1	حجم الأسرة
سنوياً + \$10,178	\$100,178	\$90,003	\$79,828	\$69,653	\$59,478	\$49,303	\$39,128	\$28,953	سنوياً
شهرياً + \$848	\$8,349	\$7,501	\$6,653	\$5,805	\$4,957	\$4,109	\$3,261	\$2,413	شهرياً
أسبوعياً + \$196	\$1,927	\$1,731	\$1,536	\$1,340	\$1,144	\$949	\$753	\$557	أسبوعياً

تعيش أسرتي في ولاية Iowa: نعم لا

تستوفي أسرتي إرشادات أهلية الدخل المذكورة في الجدول أعلاه: نعم لا

تتلقى أسرتي: SNAP وجبات غذاء مجانية أو بأسعار مخفضة

يُرجى قراءة الإقرار التالي بدقة. إذا كنت موافقاً، فيرجى توقيع النموذج وتأريخه:

المعلومات التي أقدمها في هذا النموذج دقيقة اعتباراً من اليوم. أكمل هذا النموذج لأتمكن من تلقي مساعدة فيدرالية. أفهم أنه بمجرد توقيع علي هذا النموذج، يُفترض أنني مؤهل للتوزيعات المستقبلية حتى 30 يونيو. أدرك أنني مطالب بإبلاغ مخزن المون في حال تجاوز دخلي المبلغ المذكور لأسرتي. يجوز لموظفي البرنامج التحقق من صحة ما أقررت به. أفهم أنه إذا قدمت معلومات مزورة، فقد يتعين علي دفع قيمة الطعام الذي تلقينته عن غير حق للولاية وقد أكون عرضة للملاحقة الجنائية بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي.

توقيع المستلم _____ التاريخ _____

أو

توقيع الوكيل _____ التاريخ _____

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لـ USDA، تحظر USDA وما يتبعها من وكالات ومكاتب وموظفين ومؤسسات تشارك في برامج USDA أو تديرها من التمييز بناءً على العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الدين أو الجنس أو الإعاقة أو العمر أو الحالة الاجتماعية أو حالة الأسرة/الوالدين أو الدخل المستمد من برنامج مساعدة عامة أو المعتقدات السياسية أو من الثأر أو الانتقام لنشاط سابق يتعلق بالحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تديره USDA أو تموله (لا تنطبق جميع الأسس على جميع البرامج). تختلف سبل الانتصاف والمواعيد النهائية لتقديم الشكاوى حسب البرنامج أو الحادث. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة ممن بحاجة إلى وسائل اتصال بديلة (على سبيل المثال، طريقة برايل، والأحرف الواضحة الكبيرة، وشريط التسجيل، ولغة الإشارة الأمريكية، وغيرها) للحصول على المعلومات، الاتصال بالولاية أو الوكالة المحلية التي تدير البرنامج أو التواصل مع USDA من خلال خدمة ترحيل الاتصالات على الرقم 711 (الهاتف الصوتي و TTY).

بالإضافة إلى أن البرنامج قد يتوفر بلغات خلاف اللغة الإنجليزية. لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، أكمل نموذج برنامج USDA للشكاوى ضد التمييز، [AD-3027](#)، الذي تجده عبر الإنترنت على: كيف تقدم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، وفي أي من مكاتب USDA أو اكتب خطابًا موجّهًا لـ USDA وقدم في الخطاب جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على 632-9992 (866). أرسل الشكوى المكتملة أو الخطاب إلى USDA عن طريق:

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

2. الفاكس: (833) 256-1665 أو (202) 690-7442؛ أو

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

سجل التوزيع الإضافي:

التاريخ	عدد الأفراد المُبلّغين	الاسم