

**Programa de Assistência Alimentar de Emergência (TEFAP)
Solicitação/ Formulário de autodeclaração de qualificação**

Data: _____

Nome: _____

Favor imprimir de forma clara

Vive atualmente em RI? Sim Não

Número de pessoas no agregado familiar: _____

Você está automaticamente qualificado, se você ou qualquer pessoa no seu agregado familiar receber algum dos seguintes itens:

- Assistência ao Cuidado Infantil
- Medicaid
- SSI ou SSDI
- Assistência Energética (LIHEAP)
- RIWorks
- Deficiência temporária
- Assistência ao Público Geral
- SNAP (cupons para aquisição de alimentos)
- Assistência Financeira a Refugiados
- Desemprego

A tabela abaixo mostra uma renda bruta anual para cada tamanho de família. Se o seu agregado familiar for igual ou inferior ao rendimento listado para o número de pessoas no seu agregado familiar, você se qualifica para receber produtos TEFAP. Esse gráfico representa 300% da Linha de Pobreza Federal.

| Tamanho do agregado familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Renda anual | 47,880 | 64,920 | 81,960 | 99,000 | 116,040 | 133,080 | 150,120 | 167,160 | 184,200 | 201,240 |

Leia atentamente a seguinte declaração; então, assine o formulário e escreva a data de hoje:

Certifico que a minha renda familiar bruta anual é igual ou inferior à renda listada nesse formulário para famílias com o mesmo número de pessoas que a minha família, OU que eu ou alguém em minha família está atualmente inscrito no programa assinalado acima. Certifico também que, a partir de hoje, a minha família mora na área atendida pelo Programa de Assistência Alimentar de Emergência de Rhode Island. Esse formulário de certificação está sendo preenchido em conexão com o recebimento de assistência federal. Os funcionários do programa podem verificar o que eu certifiquei como verdadeiro. Entendo que fazer uma certificação falsa pode resultar em ter que pagar ao Estado pelo valor dos alimentos indevidamente emitidos para mim e pode me sujeitar a processo criminal nos termos da legislação estadual e federal.

Se for declarado elegível, será considerado elegível para futuras distribuições do TEFAP até que as diretrizes federais anuais relativas ao nível de rendimento correspondente à pobreza sejam alteradas, altura em que a elegibilidade será novamente determinada. Se o rendimento ou a composição do seu agregado familiar mudar antes dessa altura, concorda em informar o programa.

Assinatura

Data

Para todos os outros programas de assistência nutricional da FNS, as agências estaduais ou locais e suas entidades não governamentais subordinadas devem postar a seguinte Declaração de Não Discriminação: De acordo com a lei federal de direitos civis e as políticas e normas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade, ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. As pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para obter informações do programa (por exemplo, Braille, letras ampliadas, fita de áudio, língua de sinais americana), devem entrar em contato com o Estado responsável ou agência local que administra o programa ou o TARGET Center do USDA pelo telefone (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entrar em contato com o USDA por meio do Serviço de Retransmissão Federal pelo telefone (800) 877- 8339.

Para registrar uma queixa de discriminação do programa, o reclamante deve preencher um Formulário AD-3027, Formulário de Queixa de Discriminação do Programa do USDA que pode ser obtido online em: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-portuguese.pdf>, em qualquer escritório do USDA, telefonando para (866)-632-9992, ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço e número de telefone do reclamante e uma descrição por escrito da suposta ação discriminatória em detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e data de uma suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou carta deve ser enviado ao USDA por:

(1) Correio:

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

(2) fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou

(3) e-mail:

program.intake@usda.gov

Esta instituição é uma provedora de serviços de igualdade de oportunidades.