

**Программа чрезвычайной продовольственной помощи  
(The Emergency Food Assistance Program – TEFAP)  
Форма заявления/самодекларации о соответствии требованиям**

Дата: \_\_\_\_\_

Полное имя: \_\_\_\_\_  
Пожалуйста, печатайте четко

Вы в настоящее время проживаете в Род-Айленде? да  нет

Количество человек в домохозяйстве: \_\_\_\_\_

Вы автоматически получаете право на участие в программе, если вы или кто-либо в вашем домохозяйстве получает любое из перечисленных ниже пособий или видов помощи:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Помощь по уходу за детьми                                      | <input type="checkbox"/> Страховка «Медикейд»     | <input type="checkbox"/> SSI или SSDI      |
| <input type="checkbox"/> Помощь в оплате счетов за электричество или отопление (LIHEAP) |   | <input type="checkbox"/> RIWorks           |
| <input type="checkbox"/> Выплаты по временной инвалидности                              | <input type="checkbox"/> Общая социальная помощь  | <input type="checkbox"/> SNAP (фуд-стемпы) |
| <input type="checkbox"/> Пособие по безработице   | <input type="checkbox"/> Денежная помощь беженцам |  |

В таблице ниже приведен ежемесячный валовой доход для каждого размера домохозяйства на уровне 300% от федерального уровня бедности. Если доход вашего домохозяйства не превышает указанный в таблице доход для количества человек в вашем домохозяйстве, вы имеете право на получение товаров по программе TEFAP.

Размер домохозяйства (чел.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
годовой доход	47,880	64,920	81,960	99,000	116,040	133,080	150,120	167,160	184,200	201,240

Я подтверждаю, что ежемесячный валовой доход моего домохозяйства не превышает указанный в этой форме доход для домохозяйств с тем же количеством человек, что и в моём домохозяйстве, ИЛИ что я или кто-либо в моём домохозяйстве в настоящее время участвует в программе, отмеченной выше. Я также подтверждаю, что на сегодняшний день моё домохозяйство проживает в районе, который обслуживается Программой чрезвычайной продовольственной помощи Род-Айленда. Эта форма сертификации заполняется в связи с получением федеральной помощи. Должностные лица программы имеют право проверить, соответствует ли действительности моя декларация. Я понимаю, что ложная декларация может привести к тому, что мне придется вернуть штату стоимость неправомерно выданного мне продовольствия и я могу подвергнуться уголовному преследованию в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Если будет определено, что на вас распространяется право получения этого пособия, вы будете считаться имеющими право на получение бенефитов TEFAP вплоть до времени ежегодного пересмотра федерального руководства по соотношению дохода с уровнем бедности, после чего ваше дело будет пересмотрено на предмет права на пособие. Если доход или состав вашего домохозяйства изменятся до этого времени, вы обязуетесь сообщить об этом должностным лицам программы.

---

Подпись

---

Дата

Для всех других программ помощи FNS в области питания государственные или местные агентства и их субполучатели должны опубликовать следующее Заявление о недискриминации:

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://www.fns.usda.gov/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) **почтовый адрес:** U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; или
- (2) **факс:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
- (3) **эл. почта:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Это учреждение предоставляет равные возможности.