



Iowa Department of Health and Human Services
**Éligibilité au Programme
d'assistance alimentaire d'urgence (TEFAP)**

Nom	Nombre de personnes dans votre ménage
Adresse physique complète	

Le tableau ci-dessous indique les revenus bruts éligibles (avant impôts) par composition de ménage. Si le revenu de votre ménage est inférieur ou égal au revenu indiqué pour le nombre de personnes dans votre ménage, vous êtes éligible.

Directives relatives aux revenus TEFAP en vigueur du 1er juillet 2024 au 30 juin 2025

Composi tion du foyer	1	2	3	4	5	6	7	8	Pour chaque membre supplém aire du ménage, ajouter :
Revenu annuel	27,861	37,814	47,767	57,720	67,673	77,626	87,579	97,532	+9,953
Revenu mensuel	2,322	3,152	3,981	4,810	5,640	6,469	7,299	8,128	+830
Revenu hebdom adaire	536	728	919	1,110	1,302	1,493	1,685	1,876	+192

Vous pouvez également bénéficier de l'assistance alimentaire du TEFAP si votre ménage participe à au moins l'un des programmes suivants. Veuillez cocher la case correspondant au(x) programme(s) dont vous bénéficiez :

SNAP

Déjeuners gratuits ou à prix réduits

Veillez lire attentivement la déclaration suivante. Si vous êtes d'accord, veuillez signer et dater le formulaire :

Je certifie que le revenu annuel brut de mon ménage est inférieur ou égal au revenu indiqué sur ce formulaire pour les ménages composés du même nombre de personnes que mon ménage, OU que mon ménage participe au programme que j'ai coché sur ce formulaire. Je certifie également qu'à ce jour, mon ménage vit dans l'Iowa. Ce formulaire de certification est rempli dans le cadre de l'obtention d'une aide fédérale. Je comprends qu'une fois que j'ai signé ce formulaire, je suis supposé(e) avoir droit aux distributions futures. Je comprends que je suis tenu(e) de signaler au garde-manger toute augmentation de mon revenu par rapport au montant de revenu indiqué pour mon ménage.

Les responsables du programme peuvent vérifier les informations que j'ai certifié être vraies. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration, je pourrais devoir payer à l'État la valeur des denrées alimentaires dont j'ai fraudueusement bénéficiées et de faire l'objet de poursuites pénales en vertu de la législation fédérale et de l'État.

Je comprends que la déclaration de non-discrimination de l'USDA figure au verso de ce formulaire et qu'une copie est disponible sur demande.

Signature	Date
-----------	------

