

Ім'я та прізвище	Кількість осіб у вашому домогосподарстві
Повна фізична адреса	

В таблиці нижче зазначено розміри валового доходу (до сплати податків), при якому ви матиме право на участь в цій програмі, в залежності від розміри родини. Якщо дохід вашого домогосподарства дорівнює зазначеному рівню або є нижчим за нього, і кількість осіб у домогосподарстві відповідає зазначеній, ви матимете право на участь в даній програмі.

Вказівки щодо розміру доходу для визначення права на участь у програмі TEFAP, станом на 1 липня 2024 р. – 30 червня 2025 р.

Розмір домогосподарства	1	2	3	4	5	6	7	8	Для кожного додаткового члена домогосподарства додайте:
Річний дохід	27,861	37,814	47,767	57,720	67,673	77,626	87,579	97,532	+9,953
Місячний дохід	2,322	3,152	3,981	4,810	5,640	6,469	7,299	8,128	+830
Тижневий дохід	536	728	919	1,110	1,302	1,493	1,685	1,876	+192

Ви також матимете право на отримання продуктів харчування від TEFAP, якщо ваше домогосподарство бере участь принаймні в одній із наступних програм. Будь ласка, поставте позначку в полі поряд із назвою(-ами) програми(програм), у рамках якої(-их) ви отримуєте пільги:

SNAP

Free or Reduced Lunches

**Будь ласка, уважно прочитайте наступне твердження. Якщо ви погоджуєтесь, поставте свій підпис і дату на формі:**

Я підтверджую, що річний валовий дохід мого домогосподарства відповідає або є нижчим за рівень доходу, зазначений у цій формі для відповідної кількості осіб у моєму домогосподарстві АБО що моє домогосподарство бере участь у програмі, яку я позначив(-ла) у цій формі. Я також підтверджую, що на сьогоднішній день моє домогосподарство проживає у штаті Айова. Ця форма підтвердження була заповнена у зв'язку з отриманням федеральної допомоги. Я усвідомлюю, що після підписання цієї форми буду зобов'язаний(-а) надати додаткову документацію. Я усвідомлюю, що я зобов'язаний(-а) повідомити, якщо мій дохід буде перевищувати зазначений розмір доходу для мого домогосподарства.

Персонал, відповідальний за цю програму, може перевірити, чи є правдивою зазначена мною інформація. Я розумію, що надання недостовірної заяви може призвести до того, що держава сплатить мені вартість продуктів харчування, на яку я не маю права, і це призведе до кримінального переслідування проти мене у відповідності до законодавства штату чи федерального законодавства.

Мені відомо, що заява щодо заборони дискримінації USDA наведена на зворотному боці цієї форми, і що на мій запит мені буде надана її копія.

Підпис	Дата
--------	------

