



# Pennsylvania Department of Agriculture

## Byroja e Asistencës Ushqimore

### Programi i Ndhmës Ushqimore Emergjente (TEFAP)

#### "Vetëdeklarimi i nevojës"

Efektive nga 1 Korriku, 2025 deri më 30 Qershor, 2026

Emri i Marrësit	Nënshkrimi i Përfaqësuesit të Agjencisë	Data
Vendi i rezidencës së marrësit	Emri i Vendi të Shpërndarjes	Numri
Kodi postar i marrësit	Vendndodhja e shpërndarjes	

Programi i Ndhmës Ushqimore Emergjente operohet në përputhje me politikën e Departamentit të Bujqësisë së Shteteve të Bashkuara (USDA), e cila ndalon diskriminimin në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, gjinisë, moshës ose paafësisë. Pranueshmëria bazohet në udhëzimet e të ardhurave të listuara më poshtë. Marrësi rrethon të gjithë linjën që zbatohet për madhësinë e tyre familjare, duke kuptuar se ato duhet të jenë në, ose më poshtë nivelit të të ardhurave të treguara për t'u kualifikuar për përfitimet e programit.

Të Ardhurat Totale të Familjes (bazuar në 185% të Varfërisë)				
Rretho Një Madhësia e Familjes	Vjetore	Mujore	Javore	
1	\$ 28,953	\$ 2,413	\$ 557	
2	\$ 39,128	\$ 3,261	\$ 753	
3	\$ 49,303	\$ 4,109	\$ 949	
4	\$ 59,478	\$ 4,957	\$ 1,144	
5	\$ 69,653	\$ 5,805	\$ 1,340	
6	\$ 79,828	\$ 6,653	\$ 1,536	
7	\$ 90,003	\$ 7,501	\$ 1,731	
8	\$ 100,178	\$ 8,349	\$ 1,927	
Për çdo anëtar shtesë të familjes shtoni:	\$ 10,175	\$ 848	\$ 196	

Duke nënshkruar më poshtë, unë deklaroj se të ardhurat e mia nga të gjitha burimet nuk i kalojnë të ardhurat që renditen më sipër për familjet që kanë të njëjtin numër pjesëtarësh si familja ime. Gjithashtu vërtetoj se, nga sot, familja ime jeton në zonën të cilës i shërben Pensilvania në Programin e Ndhmës Ushqimore Emergjente. Ky formular vërtetimi plotësohet në lidhje me marrjen e ndihmës federale. E kuptoj se këto regjistrime do të mbahen në fshehtësi në këtë qendër shpërndarjeje, por mund t'i jepen Departamentit të Bujqësisë të Pensilvanisë ose Departamentit të Bujqësisë të Shteteve të Bashkuara për shqyrtim pas kërkesës së tyre.

Nënshkrimi i Marrësit \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



Kthejeni formularin e plotësuar në agjensinë e caktuar të qarkut. Nëse nuk jeni të sigurt për agjensinë e saktë, ju lutemi telefononi " Bureau "në: 1-800-468-2433.

**KY FORMULAR NUK DUHET NDRYSHUAR APO TË NDRYSHOHET NË ASNJË MËNYRË.**

JU LUTEM REFEROJUNI ANËS SË KUNDËRT TË KËTIJ DOKUMENTI PËR NJË DEKLARATË TË RËNDËSISHME TË MOSDISKRIMINIMIT TË USDA-SË

## Deklarata e Mosdiskriminimit të USDA

Në përputhje me ligjin federal për të drejtat civile dhe rregulloret e të drejtave civile të Departamentit Amerikan të Bujqësisë (USDA), këtij institucioni i ndalohet të diskriminojë në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, seksit (përfshirë identitetin gjinor dhe orientimin seksual), aftësinë e kufizuar, moshën, ose hakmarrjen për veprimtari të mëparshme të të drejtave civile.

Informacioni i programit mund të jetë i disponueshëm në gjuhë të tjera përveç anglishtes. Personat me aftësi të kufizuara që kërkojnë mjete alternative të komunikimit për të marrë informacionin e programit (p.sh. Braille, printim të madh, audio, gjuha amerikane e shenjave), duhet të kontaktojnë shtetin përgjegjës ose agjensinë lokale që administron programin ose Qendrën TARGET të USDA në (202) 720-2600 (lini mesazh dhe TTY) ose kontaktoni USDA nëpërmjet “Federal Relay Service” në (800) 877-8339.

Për të paraqitur një ankesë për diskriminimin e programit, një ankues duhet të plotësojë një Formular AD-3027, USDA “Program Discrimination Complaint Form” i cili mund të merret në internet në: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, nga çdo zyrë USDA, duke telefonuar (866) 632-9992, ose duke shkruar një letër drejtuar USDA. Letra duhet të përmbajë emrin, adresën, numrin e telefonit të ankuesit dhe një përshkrim me shkrim të veprimit të pretenduar diskriminues në detaje të mjaftueshme për të informuar Ndhmës Sekretarin për të Drejtat Civile (ASCR) për natyrën dhe datën e një shkeljeje të pretenduar të të drejtave civile. Formulari ose letra e plotësuar AD-3027 duhet të dorëzohet në USDA me:

### 1. postë:

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

### 2. faks:

(833) 256-1665 ose (202) 690-7442; ose

### 3. email:

program.intake@usda.gov

Ky institucion është një ofrues i mundësive të barabarta.

Formulari i “ Proxy TEFAP” i Programit të Ndhmës Ushqimore Emergjente në Pensilvani	
Data _____	
Unë _____ me këtë autorizoj _____ për të marrë Paketën Ushqimore “TEFAP” dhe dorëzuar tek unë.	
Nënshkrimi i klientit _____	Firma e Përfaqësuesit _____
Përfaqësues i Depos Ushqimore _____	<input type="checkbox"/> ID-ja e Përfaqësuesit e Verifikuar