



Pennsylvania
Department of Agriculture

Çocuklar (0-17) _____
Yetişkinler _____
Yaşlılar (60 ve üstü) _____

Gıda Destek Bürosu

Acil Gıda Desteği Programı (TEFAP)

"İhtiyaç Beyanı"

1 Temmuz 2026 ve 30 Haziran 2027 arasında geçerlidir

Alıcı Adı

Yetkili Kuruluş Temsilci İmza

Tarih

Alıcının İkamet Ettiği İlçe

Dağıtım Yeri İsim

Sayı

Alıcı Posta Kodu

Dağıtım Yeri Konum

Acil Gıda Destek Programı ABD Tarım Bakanlığı (USDA) politikalarına göre yürütülmektedir, bu politikalar ırk, renk, etnik köken, cinsiyet, yaş veya engelliliğe göre ayrımcılığı yasaklamaktadır. Hak sahipliği aşağıda yer alan gelir kurallarına göre belirlenir. Alıcı, Evlerinde yaşayan kişi sayısını ifade eden tüm çizgiyi daire içine alır, bu kişilerin programda verilen yardımları almaya hak kazanmak için belirtilen gelir seviyesinde veya altında olmaları gerektiğini bilir.

Ev Halkının Toplam Geliri (Yoksulluğun %185'ine göre)				
Ev Halkı Sayısı				
Birinci Daire	Yıllık	Aylık	Haftalık	
1	\$ 29,526	\$ 2,461	\$ 568	
2	\$ 40,034	\$ 3,337	\$ 770	
3	\$ 50,542	\$ 4,212	\$ 972	
4	\$ 61,050	\$ 5,088	\$ 1,175	
5	\$ 71,558	\$ 5,964	\$ 1,377	
6	\$ 82,066	\$ 6,839	\$ 1,579	
7	\$ 92,574	\$ 7,715	\$ 1,781	
8	\$ 103,082	\$ 8,591	\$ 1,983	
Her bir diğer aile üyesi için şunları ekleyin:	\$ 10,508	\$ 876	\$ 203	

Aşağıya imzama atarak, tüm kaynaklardan elde ettiğim gelirin, hanemle aynı kişi sayısına sahip haneler için yukarıda listelenen geliri aşmadığını beyan ederim. Ayrıca, bugün itibarıyla hanemin Pennsylvania'nın Acil Gıda Yardım Destek Programı kapsamında hizmet verdiği bölgede yaşadığını onaylıyorum. Bu belgelendirme formu, Federal yardımın alınmasıyla bağlantılı olarak doldurulmaktadır. Bu kayıtların bu dağıtım yerinde gizli tutulacağını, ancak talep etmeleri halinde incelenmek üzere Pennsylvania Tarım Bakanlığı veya Birleşik Devletler Tarım Bakanlığı'na verilebileceğini anlıyorum.

Alıcı İmzası

Tarih



Doldurulan formu ilgili ilçedeki yetkili kuruma geri verin. Doğru kurumun hangisi olduğundan emin değilseniz, lütfen 1-800-468-2433 numaralı telefondan büroyu arayın.

BU FORMDA HİÇBİR SURETTE DEĞİŞİKLİK VEYA TADİLAT YAPILAMAZ.

ÖNEMLİ BİR USDA AYRIMCILIK YAPMAMA AÇIKLAMASI İÇİN LÜTFEN BU BELGENİN ARKA TARAFINA BAKIN

USDA Ayrımcılık Yapmama Açıklaması

Federal yurttaş hakları yasası ve ABD Tarım Bakanlığı (USDA) yurttaş hakları mevzuatı ve politikaları çerçevesinde, bu kurumun ırk, ten rengi, etnik köken, cinsiyet (cinsel kimlik ve cinsel yönelim dahil), engellilik, yaştan dolayı ayrımcılık yapması veya önceki yurttaş hakları faaliyetleri nedeniyle misilleme veya yaptırımında bulunması yasaktır.

Program bilgilerine İngilizce dışındaki dillerde de ulaşılabilir. Program bilgilerini almak için alternatif iletişim araçları (ör. Braille, büyük yazı, ses kaydı, Amerikan İşaret Dili) talep eden engelli kişilerin programı yöneten sorumlu eyalet veya yerel kurumla veya USDA'nın TARGET Center'larıyla (202) 720-2600 numaralı telefondan veya (sesli ve TTY) Federal Relay Service üzerinden (800) 877-8339 numaralı telefondan USDA ile irtibata geçmeleri gerekmektedir.

Programda ayrımcılık yapıldığına dair şikayette bulunmak için, Şikayetçi USDA Programı Ayrımcılık Şikayeti Formu olan Ad-3027'yi doldurmalıdır, bu form çevrimiçi olarak: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> adresinden, tüm USDA ofislerinden, (866) 632-9992 numaralı telefonu arayarak veya USDA'ya bir yazı yazarak elde edilebilir. Yazı, Yurttaş Hakları Müsteşar Yardımcısını (ASCR) iddia edilen yurttaş hakkı ihlalinin içeriği ve tarihi konusunda bilgilendirmek üzere şikayetçinin adı, adresi, telefon numarası ve iddia edilen ayrımcılık eyleminin yeterince ayrıntılı şekilde yazılı bir açıklamasını içermelidir. Doldurulan AD-3027 formu veya yazısı USDA'ya şu yollarla gönderilmelidir:

1. posta:

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

2. faks:

(833) 256-1665 or (202) 690-7442; ya da

3. e-posta:

program.intake@usda.gov

Bu kurum eşit fırsat sağlayıcıdır.

Acil Gıda Destek Programı Pennsylvania TEFAP Aracı Formu	
Tarih _____	
Ben _____, TEFAP Gıda Paketimi teslim alması ve bana teslim etmesi için _____ kişisine izin veriyorum.	
Müşteri İmzası _____	Aracı İmzası _____
Yardım Kurumu Temsilcisi _____	☐ Aracı Kimliği Onaylı