



ساعدونا في وقف انتشار فيروس كوفيد-19. يُرجى البقاء في البيت إذا كنتم مرضى.

إذا أصبتم بمرض، باستطاعة شخص آخر أن يلتقط الطعام نيابة عنكم. املأوا النموذج على الوجه الخلفي من هذه الصفحة ودعوهم يحضرونها إلى مخزن الطعام.

للقاية من انتشار المرض إعملوا ما يلي:

- غطوا سعالكم وعطسكم
- تجنبوا لمس الأسطح في المناطق العامة
- أغسلوا أيديكم كثيرًا
- إذا أصبتم بالسعال أو الحمى أو ضيق التنفس، يُرجى عدم زيارة المخزن.

يُرجى الاتصال بالرقم 211 للحصول على مزيد من الموارد.

يحق لكم الحصول على الطعام

لا يمكن استبعادكم نظرًا لعرقكم، أو لونكم، أو مصدركم القومي، أو دينكم، أو جنسكم، أو هويتكم الجنسية، أو اتجاهكم الجنسي، أو وضعكم العائلي، أو حالة مساكنكم، أو إعاقتكم. إن كنتم تعتقدون بأنكم تعرضتم للتمييز، يُرجى الاتصال هاتفياً بمخزن الطعام في أوريغون

(Oregon Food Bank) على الرقم 503-282-0555.

تلتزم هذه المؤسسة بتكافؤ الفرص في تقديم خدماتها.

The Emergency Food Assistance Program
(TEFAP, برنامج المساعدة الغذائية في حالات الطوارئ)
نموذج الممثل القانوني

الاسم: _____ عدد أفراد الأسرة: _____

العنوان: _____
(يمكن للعميل تحديد التشرذ عن طريق كتابة حرف "H" في سطر العنوان أعلاه).

يعرض هذا الجدول إجمالي الدخل السنوي لكل حجم الأسرة. إذا كان دخل أسرتك يساوي الدخل المدرج لعدد الأشخاص في أسرتك أو يقل عنه، فأنت مؤهل للحصول على الغذاء.

إرشادات الدخل لعام 2020		
حجم الأسرة	شهري سنوي	
1	\$3,190	\$38,280
2	\$4,310	\$51,720
3	\$5,430	\$65,160
4	\$6,550	\$78,600
5	\$7,670	\$92,040
6	\$8,790	\$105,480
7	\$9,910	\$118,920
8	\$11,030	\$132,360
للفرد الإضافي، أضف \$1,120 دولارًا في الشهر أو \$13,440 دولارًا في السنة		

أنت أيضًا مؤهل للحصول على الغذاء من برنامج المساعدة الغذائية في حالات الطوارئ إذا شارك أفراد أسرتك في أي من البرامج التالية. إذا كنت تشارك في أحد هذه البرامج، يرجى تحديد المربع المجاور له.

- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, برنامج المساعدة في دعم الطاقة لمحدودي الدخل)
- Social Security Disability Income/Social Security Income (SSDI/SSI, عجز دخل الضمان الاجتماعي/دخل الضمان الاجتماعي)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, برنامج المساعدة الغذائية التكميلية) (المعروف مسبقًا باسم قسائم الطعام)
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF, المساعدات المؤقتة للأسر في حاجة)
- Women, Infant and Children Supplemental Nutrition (WIC), برنامج الغذاء التكميلي للنساء والرضع والأطفال
- Free or Reduced School Lunch Program
- برنامج وجبات طعام مدرسية مجانية أو مخفضة السعر

بالتوقيع أدناه، أقر بأن أسرتي في حاجة إلى الغذاء وأن دخل الأسرة هو في أو أقل من مستويات الدخل المؤهلة، أو أنني أشارك حاليًا في أي واحد من البرامج المذكورة أعلاه. لن أقوم ببيع أو مقايضة أو تجارة الغذاء المتوفر من خلال هذا البرنامج. ويجري استكمال نموذج التصديق هذه فيما يتعلق باستلام المساعدة الفيدرالية. وقد يتحقق موظفو البرنامج من ما صادقت عليه. وأنا أفهم أن إصدار شهادة زائفة قد يؤدي إلى اضطراب دفع قيمة الغذاء الذي أصدر بشكل غير سليم لي إلى الدولة، وقد يعرضني للمقاضاة الجنائية بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي. أفوض الشخص التالي ليعمل كممثلي المفوض:
(اسم الممثل المفوض)

(التاريخ)

(التوقيع)