

ПОМОГИТЕ НАМ ОСТАНОВИТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИРУСА COVID-19. ПОЖАЛУЙСТА, ОСТАВАЙТЕСЬ ДОМА, ЕСЛИ ВЫ БОЛЬНЫ.



Если вы заболели, кто-либо другой может получить для вас продукты питания. Заполните бланк документа на оборотной стороне этой страницы и попросите это лицо принести с собой этот документ в кладовую для хранения продуктов.

Для предотвращения распространения заболевания:

- прикрывайте свой рот и нос, когда вы кашляете или чихаете;
- избегайте прикасаться к поверхностям в помещении для общего пользования;
- часто мойте свои руки.
- Если у вас кашель, повышенная температура тела или затруднённое дыхание, пожалуйста, не приходите в кладовую для хранения продуктов питания.

Позвоните по телефону 211 для получения информации о дополнительных ресурсах.

ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ

Вы не можете быть исключены по причине вашей расовой принадлежности, цвета вашей кожи, национального происхождения, религиозных убеждений, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, семейного положения, ситуации с жильём или наличия инвалидности. Если вы считаете, что по отношению к вам была проявлена дискриминация, пожалуйста, позвоните в Орегонский банк пищевых продуктов по телефону 503-282-0555.

Это учреждение предоставляет равные возможности обслуживания для всех лиц.

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP, Программа экстренной продовольственной помощи)

Форма уполномоченного представителя

Имя: _____ Количество человек в домохозяйстве: _____

Адрес: _____

(Клиент может указать статус бездомного буквой «Н» в поле для адреса выше).

В данной таблице приведен совокупный годовой доход для каждого размера семьи. Если доход семьи равен или ниже размера дохода, указанного для количества человек в вашем домохозяйстве, вы имеете право на получение продовольственной помощи.

Доход в соответствии с нормативами на 2020 год		
Размер семьи	Месячный	Годовой
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

Для каждого дополнительного члена необходимо прибавить \$1,120 в месяц или \$13,440 в год.

Вы также имеете право на получение продовольственной помощи от TEFAP, если ваше домохозяйство участвует в одной из следующих программ. Если вы участвуете в одной из следующих программ, поставьте рядом с ней отметку.

- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, Программа оказания помощи в энергоснабжении для людей с низким доходом)
- Social Security Disability Income/Social Security Income (SSDI/SSI, Социальное страхование на случай потери трудоспособности/дополнительный доход по социальному обеспечению)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, Американская программа льготной покупки продуктов) (ранее известная как программа выдачи продуктовых талонов)
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF, Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям)
- Women, Infant and Children Supplemental Nutrition (WIC, Специальная дополнительная программа питания для женщин, младенцев и детей)
- Free or Reduced School Lunch Program (Национальная программа школьных обедов, предоставляемых бесплатно или по льготной цене)

Подписывая настоящую форму, я заявляю, что мое домохозяйство нуждается в продовольственной помощи, и что семейный доход равен соответствующим уровням дохода или ниже них, ИЛИ в данный момент я являюсь участником одной из программ, отмеченных мною выше. Я не буду заниматься продажей, обменом или реализацией продуктов питания, полученных по этой программе. Настоящая форма сертификации заполнена в связи с получением помощи федерального правительства. Официальные представители программы могут проверить правдивость и достоверность предоставленных мною сведений. Я понимаю, что предоставление заведомо ложных сведений может привести к обязанности оплатить штату сумму, равную стоимости продуктов питания, выданных мне безосновательно, а также привлечению к уголовной ответственности в соответствии с законом штата и федеральным законом. Уполномочиваю следующее лицо действовать в качестве своего уполномоченного представителя:

(Имя уполномоченного представителя) _____

(Подпись)

(Дата)