

## غذائی امداد کا محکمہ

## ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام (TEFAP)

"بذات خود ضرورت کی اظہار"

1 جولائی، 2023 سے 30 جون، 2024 تک لاگو ہے

| وصول کنندہ کا نام | ایجنسی کے نمائندے کی دستخط | تاریخ |
|-------------------|----------------------------|-------|
| شہر               | ریاست                      | زپ    |
| شہر               | ریاست                      | زپ    |

ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام ریاستہائے متحدہ کے محکمہ زراعت (USDA) کے مطابق عمل میں لایا جاتا ہے، جو نسل، رنگ، اصل قومیت، جنس، عمر یا معذوری کی بنیاد پر امتیازی سلوک کی ممانعت کرتا ہے۔ اہلیت کا دارومدار ذیل میں دیئے گئے رہنما اصول پر ہے۔ وصول کنندگان پوری لائن کا احاطہ کرتے ہیں جو ان کے گھریلو سائز پر لاگو ہوتے ہیں، یہ سمجھتے ہوئے کہ انہیں پروگرام کے فوائد کے اہل ہونے کے لئے اشارہ کئے گئے آمدنی کے سطح پر، یا اس سے نیچے ہونا چاہئے۔

## کل گھریلو آمدنی (غربت کے 185% پر مبنی)

| بفتہ وار | ماہانہ   | سالانہ    | گھریلو سائز | احاطہ ایک                                 |
|----------|----------|-----------|-------------|---|
| 519      | \$ 2,248 | \$ 26,973 | 1           |   |
| 702      | \$ 3,040 | \$ 36,482 | 2           |   |
| 884      | \$ 3,833 | \$ 45,991 | 3           |   |
| 1,067    | \$ 4,625 | \$ 55,500 | 4           |   |
| 1,250    | \$ 5,417 | \$ 65,009 | 5           |   |
| 1,433    | \$ 6,210 | \$ 74,518 | 6           |   |
| 1,616    | \$ 7,002 | \$ 84,027 | 7           |   |
| 1,799    | \$ 7,795 | \$ 93,536 | 8           |   |
| 183      | \$ 728   | \$ 9,509  |             | خاندان کے ہر اضافی ممبر کے لئے شامل کریں: |

میں گھریلو آمدنی کی حدود کو سمجھتا ہوں اور اس کی وجہ سے یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میری گھریلو سائز اور آمدنی مجھے پروگرام میں شرکت کی اہل بناتی ہے۔ میں اس بات کی بھی تصدیق کرتا ہوں کہ، آج کے دن تک، میرا خاندان اس علاقہ میں رہتا ہے جہاں پنسلوانیا کے ذریعہ ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام میں خدمات انجام دی جاتی ہیں۔ یہ تصدیق نامہ وفاقی امداد کی وصولی کے سلسلے میں مکمل کیا جا رہا ہے۔

میں سمجھتا ہوں کہ غلط بیان دینے کے نتیجہ میں مجھے غلط طریقہ سے جاری کئے گئے غذا کے قیمت کی ادائیگی کرنی پڑ سکتی ہے، ریاست اور فیڈرل قانون کے تحت مجھ پر مجرمانہ مقدمہ چلایا جا سکتا ہے۔

## وصول کنندہ کا دستخط

تاریخ

اپنی نامزد کاؤنٹی ایجنسی کو مکمل شدہ فارم واپس کریں۔ اگر آپ کو درست ایجنسی کے بارے میں مشکوک ہیں تو،

براہ کرم 1-800-468-2433 پر محکمہ کو رابطہ کریں۔

اس فارم میں کسی بھی طرح کی تغیر یا تبدیلی نہیں کی جاسکتی ہے۔

ایک اہم USDA غیر امتیازی بیان کے لئے براہ کرم اس دستاویز کے پیچھے جانب دیکھیں۔

## USDA غیر امتیازی بیان

وفاقی شہری حقوق کے قانون اور امریکی محکمہ زراعت (USDA) کے شہری حقوق کے ضوابط اور پالیسیوں کے مطابق، USDA، اس کی ایجنسیاں، دفاتر، اور ملازمین، اور USDA پروگراموں میں حصہ لینے یا ان کے انتظام کرنے والے اداروں کو نسل، رنگ، اصل قومیت، جنس، معذوری، عمر، یا کسی پروگرام یا سرگرمی میں USDA کے ذریعہ مالی تعاون سے چلائے جانے والے شہری حقوق کی سابقہ سرگرمی کے لئے انتقامی کارروائی کی بنیاد پر امتیازی سلوک سے روکا گیا ہے۔

وہ معذور افراد جن کو پروگرام کی معلومات کے لئے (جیسے بریل، بڑے پرنٹ، آڈیو ٹیپ، امریکن سائن لینگوئج، وغیرہ)، مواصلات کے متبادل ذرائع کی ضرورت ہوتی ہے تو، انہیں ان ایجنسی (ریاست یا مقامی) سے رابطہ کرنا چاہئے جہاں انہوں نے فوائد کے لئے درخواست دیا تھا۔ وہ افراد جو بہرے ہیں، بہت مشکل سے سنتے ہیں یا بات کرنے سے معذور ہیں تو وہ فیڈرل ریلے سروس (800) 8339-877 پر USDA سے رابطہ کرسکتے ہیں۔ مزید برآں، پروگرام کی معلومات انگریزی کے علاوہ دوسری زبانوں میں بھی مہیا کی جاسکتی ہے۔

امتیازی سلوک کی ایک پروگرام شکایت درج کرنے کے لئے، USDA پروگرام امتیازی شکایت فارم مکمل کریں، جو آن لائن کو USDA آفس میں، یا USDA پر دستیاب ہے، اور کسی بھی [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) مخاطب کر کے ایک خط لکھیں اور فارم میں مطلوب تمام معلومات اس میں فراہم کریں۔ شکایت فارم کی ایک کاپی کی درخواست کے لئے (866) 632-9992 پر کال کریں۔ اپنا مکمل کردہ فارم یا خط USDA کو درج کریں بذریعہ:

(1) میل: امریکی محکمہ زراعت برائے اسسٹنٹ سکرٹری برائے شہری حقوق  
Independence Avenue, SW 1400  
;Washington, D.C. 20250-9410

(2) فیکس (202) 7442-690؛ یا

(3) ای میل: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

یہ ادارہ مساوی مواقع فراہم کرنے والا ہے۔

| ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام   |   |
|---|---|
| پنسلوانیا TEFAP گواہ فارم   |   |
| تاریخ   | _____   |
| میں _____ اس کی وجہ سے اختیار دیتا ہوں _____ میرا TEFAP فوڈ پیکٹ حاصل کر کے اور مجھے ڈلیور کرے۔ |   |
| مؤکل کا دستخط   | _____   |
| گواہ کا دستخط   | _____ <input type="checkbox"/>                      |
| بیٹری نمائندہ   | _____ <input type="checkbox"/> گواہ کی تصدیق شدہ ID |