Phone Number رقم الهاتف

الأطفال (0-17 عامًا)
البالغون
كبار السن (60 عامًا فأكثر)

Pennsylvania
Department of Agriculture

طلب المساعدات الغذائية

برنامج المساعدات الغذائية في حالات الطوارئ (TEFAP)

"الإعلان الذاتي عن الحاجة"

السريان من 01 يوليو 2025 إلى 30 يونيو 2026

التاريخ | توقيع مقدم الطلب | للاستخدام الرسمي

الرقم | للاستخدام الرسمي | قراءة قائمة الاستخدام الرسمي

إذا كان موقع التوزيع | الرمز البريدي للاستخدام الرسمي

يُعد برنامج المساعدات الغذائية في حالات الطوارئ (TEFAP) وفقًا لبرنامج وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، الذي يحظر التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو السن أو الإعاقة. يتحدد أهلية الدخل الواردة أدناه. يجب على المستخدم وضع علامة على الخيار الذي يعبر عن عدد أفراد أسرته، مُدرجًا أي شخص يعيش في منزله ويشاركه الدخل والنفقات. يجب أن يكون دخل الأسرة الإجمالي خلال الشهر الماضي أقل من أو يساوي الحد الأقصى المحدد في الجدول أدناه. يجب تقديم إثبات الدخل لجميع أفراد الأسرة البالغين الذين تتجاوز أعمارهم 18 عامًا. يجب أن يكون جميع الأشخاص الذين يعيشون في المنزل مؤهلين للحصول على المساعدات المقدمة من البرنامج.

عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في المنزل	إجمالي دخل الأسرة (لا يزيد عن 185% من خط الفقر)		
	سنويًا	شهريًا	أسبوعيًا
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
لكل فرد إضافي في الأسرة:	$ 10,175	$ 848	$ 196

بتوقيعي أدناه، أؤكد أنني قد تلقيت جميع المواد المطبوعة الخاصة بالبرنامج التي تتضمن معايير الدخل لحجم الأسرة التي تتضمن عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في المنزل. كما أؤكد أنني قد تلقيت إخطارًا بحقوقي في الاستئناف والجلسات العادلة الخاصة ببرنامج المساعدات الغذائية في حالات الطوارئ. أفهم أن هذا النموذج لن يتم معالجته حتى يتم استكمال جميع الأقسام المطلوبة.

التاريخ | توقيع مقدم الطلب

أعد النموذج المكتمل إلى الوكالة المحلية التي قدمت طلبك. إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بالخط الساخن على الرقم 1-800-468-2433.

يُحظر تغيير أو تعديل هذا النموذج بأي شكل من الأشكال دون إذن كتابي مسبق.

هذه المؤسسة هي مقدم خدمات تابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA). إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز، فيجب عليك الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على الفور.

بيان عدم التمييز بوزارة الزراعة الأمريكية

وفقًا للقانون الفيدرالي للحقوق المدنية والسياسات الحقوق المدنية بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية وكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات التي تشارك في أو تُدير برامج وزارة الزراعة الأمريكية ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو العمر أو الثأر أو الانتقام من نشاط سابق من أنشطة الحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تديره أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية.

يمكن للأفراد ذوي الإعاقات الذين يحتاجون إلى وسائل بديلة للحصول على المعلومات المتعلقة بالبرنامج (مثل طريقة الكتابة بطريقة برايل، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو التسجيلات على أشرطة صوتية، أو لغة الإشارة الأمريكية، إلخ) التواصل مع الوكالة التابعة أو الإدارة المحلية (التي قدموا إليها طلب الحصول على المعلومات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو الذين يعانون من إعاقات النطق التواصل مع وزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التتابع الفيدرالية على الرقم 800) 877-8339. بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر المعلومات المتعلقة بالبرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية.

لتقديم شكوى التمييز في البرنامج، يُرجى تعبئة نموذج شكوى التمييز في أحد برامج وزارة الزراعة الأمريكية، الموجود على الإنترنت على الرابط التالي: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، والموجود أيضًا في أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية؛ أو يُرجى كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية، ويجب أن يحتوي ذلك الخطاب على جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، يُرجى الاتصال بالرقم 866) 632-9992. ويُرجى إرسال النموذج المكتمل أو الخطاب إلى وزارة الزراعة الأمريكية عبر:

(1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية
مكتب أمين السر لشؤون الحقوق المدنية
Independence Avenue, SW 1400
Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: (202) 690-7442

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

تنطبق هذه المؤسسة مبدأ تكافؤ الفرص.

برنامج المساعدات الغذائية في حالات الطوارئ

نموذج تلقي برنامج (TEFAP) بواسطة الفرد

التاريخ _____

أنا، _____، بموجب هذا النموذج _____ بالتالي
أطلب حزمة الطعام من برنامج (TEFAP) الخاصة بي وبعائلتي.

☐ التحقق من الرقم التعريفي الشخصي

توقيع المتلقي _____

☐

توقيع الشاهد _____

ممثل خزانة المؤن _____