

ទម្រង់ស្នើសុំការទទួលយកជំនួស
កម្មវិធីជំនួយអាហារសង្គ្រោះបន្ទាន់ (TEFAP) ការណែនាំអំពីប្រាក់ចំណូល 2024

កាលបរិច្ឆេទ: _____

ប្រាក់ចំណូលអតិបរមា TEFAP		
ទំហំគ្រួសារ	ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំខែ	ចំណូលរបស់គ្រួសារប្រចាំឆ្នាំ
1	\$2,949.25	\$35,391.00
2	\$4,002.83	\$48,034.00
3	\$5,056.42	\$60,677.00
4	\$6,110.00	\$73,320.00
5	\$7,163.58	\$85,963.00
6	\$8,217.17	\$98,606.00
7	\$9,270.75	\$111,249.00
8	\$10,324.33	\$123,892.00
ជាង 8	បន្ថែម \$1,053.59 នីមួយៗ	បន្ថែម \$12,643.00 នីមួយៗ

ការអនុញ្ញាត ៖
ដោយមូលហេតុនេះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាត _____ ដើម្បីទទួលយកក្រសួង
កសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិករបស់ខ្ញុំ កម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហារបន្ទាន់ (TEFAP) ទំនិញ ដោយសារខ្ញុំមិនអាចធ្វើ
ដូច្នេះបាន។

វិញ្ញាបនប័ត្រ ៖
ខ្ញុំបញ្ជាក់នៅក្រោមការផាកពិន័យពីការភូតកុហកថា ប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ខ្ញុំក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ
ចុងក្រោយនេះ មិនលើសពីគោលការណ៍ណែនាំប្រចាំខែរបស់ TEFAP ឬសម្រាប់រយៈពេលដប់ពីរខែចុងក្រោយ
នេះ មិនលើសពីគោលការណ៍ណែនាំប្រចាំឆ្នាំ ហើយចំនួនដែលបានរាយបញ្ជីសម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់ខ្ញុំគឺពិត
និងត្រឹមត្រូវ។ ទំនិញគឺសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ មិនត្រូវលក់ ជួញដូរ ឬផ្តល់ឱ្យនាយទេ។

ហត្ថលេខា

ខោនធីនៃលំនៅដ្ឋាន	លេខស៊ីបកូដ	ចំនួនប្រជាជនក្នុងគ្រួសារ
------------------	------------	--------------------------

ស្ថាប័ននេះគឺជាអ្នកផ្តល់ឱកាសស្នើគ្នា។