

ใบรับรองคุณสมบัติสำหรับโปรแกรมช่วยเหลืออาหารฉุกเฉิน (TEFAP)

ชื่อหน่วยงานแจกจ่ายอาหาร:

วันที่และเวลาแจกจ่าย:	ชื่อผู้ติดต่อ:
ที่อยู่สถานที่แจกจ่าย:	หมายเลขโทรศัพท์ผู้ติดต่อ:

ตามกฎหมายสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลางและข้อบังคับและนโยบายด้านสิทธิพลเมืองของกระทรวงเกษตรของสหรัฐอเมริกา (USDA) สถาบันนี้ถูกห้ามมิให้เลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของเชื้อชาติ สีผิว ขาดถิ่นกำเนิด เพศ (รวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศและรสนิยมทางเพศ) ความทุพพลภาพ อายุ หรือการตอบโต้หรือการแก้แค้นสำหรับกิจกรรมด้านสิทธิพลเมืองก่อนหน้านี้ (ไม่ใช่ทุกพื้นฐานที่ถูกห้ามจะมีผลใช้กับทุกโปรแกรม)

ข้อมูลโปรแกรมอาจมีให้ในภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ บุคคลทุพพลภาพซึ่งต้องการวิธีการสื่อสารทางเลือกสำหรับข้อมูลโปรแกรม (เช่น อักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ใหญ่ เทปเสียง และภาษามืออเมริกัน) ควรติดต่อหน่วยงานของรัฐหรือท้องถิ่นที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการโปรแกรม หรือศูนย์ TARGET ของ USDA ที่หมายเลข (202) 720-2600 (เสียงและ TTY) หรือติดต่อ USDA ผ่านบริการถ่ายทอดของรัฐบาลกลางที่หมายเลข (800) 877-8339

ในการยื่นเรื่องร้องเรียนการเลือกปฏิบัติในโปรแกรม ผู้ร้องเรียนควรกรอกแบบฟอร์ม AD-3027, USDA แบบฟอร์มร้องเรียนการเลือกปฏิบัติของโปรแกรม USDA ซึ่งสามารถได้รับทางออนไลน์ที่ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> จากสำนักงาน USDA ใด ๆ โดยโทรหมายเลข (866) 632-9992 หรือโดยการเขียนจดหมายส่งถึง USDA จดหมายจะต้องมีชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ร้องเรียน และคำอธิบายเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการกระทำที่ถูกกล่าวหาว่าเลือกปฏิบัติในรายละเอียดที่เพียงพอเพื่อแจ้งให้ผู้ช่วยเหลือเลขานุการฝ่ายสิทธิพลเมือง (ASCR) ทราบเกี่ยวกับลักษณะและวันที่ของการละเมิดสิทธิพลเมืองที่ถูกกล่าวหา แบบฟอร์ม AD-3027 ที่กรอกเสร็จสมบูรณ์หรือจดหมายจะต้องส่งไปยัง USDA โดย:

ไปรษณีย์:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistance Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue
SW Washington, D.C. 20250-9410

โทรสาร:

(833) 256-1665 หรือ (202) 690-7442

อีเมล:

program.intake@usda.gov

ท่านประกาศด้วยตนเองว่า:

1. ชื่อ เทศมณฑลสถานที่อยู่ และรหัสไปรษณีย์ของท่านที่ระบุไว้ถูกต้อง
2. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่านตามที่ระบุและอาศัยอยู่ในรัฐนี้และในพื้นที่บริการขององค์กรนี้
3. รายได้ของท่านอยู่ในขอบเขต 235% ของแนวทางความยากจนของรัฐบาลกลางตามที่ประกาศไว้สำหรับการแจกจ่ายครั้งนี้
4. ท่านยอมรับว่าอาหาร TEFAP มีไว้สำหรับการบริโภคที่บ้านเท่านั้นและจะไม่ถูกขาย แลกเปลี่ยน หรือนำไปแลกเปลี่ยนกับสิ่งของอื่น
5. ท่านได้รับการแสดงและได้อ่านคำแถลงการไม่เลือกปฏิบัติของ USDA ฉบับเต็มแล้ว

ท่านจะไม่ถูกปฏิเสธอาหาร TEFAP หากท่านปฏิเสธที่จะเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่ไม่ใช่ข้อกำหนดของ TEFAP ท่าน ไม่จำเป็นต้องให้เอกสารประจำตัวส่วนบุคคล รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะบัตรประจำตัว หมายเลขประกันสังคม หรือหลักฐานรายได้

ชื่อตัวบรรจุ (ผู้รับบริการ)	เทศมณฑลสถานที่อยู่และรหัสไปรษณีย์	จำนวนสมาชิกในครอบครัว	นี่เป็นครั้งแรกที่ท่านได้รับอาหาร USDA ในเดือนนี้หรือไม่	
1.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
3.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
4.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
5.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
6.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
7.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
8.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
9.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
10.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
11.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
12.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
13.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
14.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
15.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
16.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
17.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
18.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
19.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
20.			☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
รวมคำตอบจากสามคอลัมน์สุดท้ายลงในแถวสุดท้าย เช่น รวมจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน "ใช่" จำนวน "ไม่ใช่"				

ชื่อธนาคารอาหาร: _____