بچے (0-17) ______________

بالغ ______________

سینئرز (60 اور اس سے اوپر) ______________

Pennsylvania
Department of Agriculture

غذائی امداد کا محکمہ

ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام (TEFAP)

"بذات خود ضرورت کی اظہار"

1جولائی، 2025 سے 30 جون، 2026 تک لاگو ہے

وصول کنندہ کا نام ______________ ایجنسی کے نمائندے کی دستخط ______________ تاریخ ______________

وصول کنندہ کاؤنٹی آف ریزیڈنس ______________ تقسیم سائٹ کا نام ______________ نمبر ______________

صول کنندہ کا زپ کوڈ ______________ تقسیم سائٹ کا مقام ______________

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)				
احاطہ ایک	**گھریلو سائز**	**سالانہ**	**ماہانہ**	**ہفتہ وار**
	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**
خاندان کے ہر اضافی ممبر کے لئے شامل کریں:		**$ 10,175**	**$ 848**	**$ 196**

نیچے دستخط کرکے، میں اعلان کرتا ہوں کہ میرے تمام ذرائع سے حاصل ہونے والی آمدنی میری گھرانے کے افراد کی تعداد کے مطابق اوپر درج آمدنی سے زیادہ نہیں ہے۔ میں یہ بھی تصدیق کرتا ہوں کہ آج کی تاریخ تک، میرا گھرانہ پنسلوانیا کے ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام کے تحت خدمات فراہم کیے جانے والے علاقے میں رہتا ہے۔ یہ تصدیقی فارم وفاقی امداد کے حصول کے سلسلے میں مکمل کیا جا رہا ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ یہ ریکارڈز اس تقسیم کے مقام پر رازداری سے رکھے جائیں گے لیکن اگر پنسلوانیا ڈیپارٹمنٹ آف ایگریکلچر یا یونائیٹڈ اسٹیٹس ڈیپارٹمنٹ آف ایگریکلچر درخواست کرے تو ان کے جائزے کے لیے جاری کیے جا سکتے ہیں۔

____

تاریخ **وصول کنندہ کا دستخط**

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 USDAغیر 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) 877-8339 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 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html کو USDA آفس میں، یا USDA پر دستیاب ہے، اور کسی بھی مخاطب کرکے 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 سکریٹری برائے شہری حقوق
Independence Avenue, SW 1400
;Washington, D.C. 20250-9410

(2) فیکس (202)690-7442؛ یا

(3) ای میل: 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 TEFAPفوڈ پیکٹ حاصل کرے
کرے اور مجھے ڈلیور کرے۔

____________________ ____________________

مؤکل کا دستخط | گواہ کا دستخط

پینٹری نمائندہ ____________________ گواہ کی تصدیق شدہ ID ☐