DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES
Division of Public Health
DPH 40059R (Rev. 03/06)

STATE OF WISCONSIN
Re: Wisconsin Statutes, s. 46.03
P.L. 98-8 (as amended)

ЗАВЕРЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ УСЛОВИЯМ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ ПРОГРАММЫ The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)

Участие в программе TEFAP является добровольным. Собираемая персональная идентификационная информация требуется для участия в программе и будет использоваться только для этой цели.

ПОЖАЛУЙСТА, НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Имя - Фамилия	Имя	Отчество	Телефон

Домашний адрес (улица)	Город	Почтовый индекс	Округ

Я УДОСТОВЕРЯЮ СВОЕЙ ПОДПИСЬЮ, ЧТО:

- Мой месячный валовый семейный доход соответствует утвержденным на федеральном уровне лимитам DPH на участие в этой программе для числа членов моей семьи, как указано в этой форме, или ниже оного.
- Я буду использовать товары, полученные от федерального правительства, только для потребления членами моей семьи.
- Я освобождаю USDA / PNS, администрацию штата Висконсин, а также все агенства и людей, распределяющих федеральные товары от любой ответственности, связанной с получением продуктов.
- Я понимаю, что предоставление ложного заверения может повлечь за собой возмещение Штату стоимости данных мне продуктов и уголовную ответственность согласно Закону Штата и Федеральному Закону.
- Правила приема в участники программы и участия в ней одинаковы независимо от расовой и национальной принадлежности, цвета кожи, пола, возраста или инвалидности.
- Для участия в этой программе могут потребоваться доказательства приемлемых условий проживания.

МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОХОД, ПРИ КОТОРОМ МОЖНО ПОЛУЧАТЬ ТОВАРЫ TEFAP

Размер семьи	Ежемесячный доход	Размер семьи	Ежемесячный доход	Размер семьи	Ежемесячный доход
1	$1,511	4	$3,084	7	$4,656
2	$2,035	5	$3,608	8	$5,180
3	$2,560	6	$4,132	9	$5,705
				10	$6,230

Для семьи, превышающей десять человек, добавьте $525 в месяц на каждого члена семьи, следующего за десятым.

	ДАТА	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	РАЗМЕР СЕМЬИ		ADDRESS VERIFIED		DO YOU NEED OTHER ASSISTANCE		TYPE OF OTHER PROGRAM INFORMATION GIVEN TO CLIENT
			ВЗРОСЛЫЕ	ДЕТИ	YES	NO	YES	NO	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

Name - Pantry	Address - Pantry
Name - Emergency Feeding Organization	Date Form Filled Out