

Ohio İş ve Aile Hizmetleri Departmanı
**FEDERAL VE DEVLET TARAFINDAN FİNANSE EDİLEN GIDA
PROGRAMLARI
EVE GIDA GÖTÜRMEYE UYGUNLUK**

This box is **optional** for local agency use, check one:

- A (Household with minor children)
 B (Household without minor children)

| | | |
|--|------------|----------------------------|
| İsim | | |
| Adres | | |
| Şehir | Posta kodu | Alan Kodu + Telefon () |
| Hanede yaşa göre yaşayan kişi sayısı: 60+ yaş _____ 18-59 yaş _____ 0-17 yaş _____ Toplam _____ | | |

Bu tabloda her aile boyutuna göre yıllık brüt gelir gösterilmektedir. Hane gelirinizin hanenizdeki kişi sayısı için belirtilen gelir seviyesinde veya bunun altında olması halinde, gıda yardımı almak için uygunsunuz demektir. Bu onay formu, devlet tarafından finanse edilen programdan ve/veya Acil Gıda Yardımı Programı aracılığıyla Federal yardım tarafından yapılan gıda dağıtımı ile bağlantılı olarak doldurulmaktadır.

HANE UYGUNLUK KILAVUZ İLKELERİ ETKİNLİK TARİHİ 1 Temmuz 2017

| Hane Boyutu | Yıllık Gelir | Aylık Gelir | Haftalık Gelir |
|--|--------------|-------------|----------------|
| 1 | 24.119\$ | 2.009\$ | 463\$ |
| 2 | 32.479\$ | 2.706\$ | 624\$ |
| 3 | 40.839\$ | 3.403\$ | 785\$ |
| 4 | 49.199\$ | 4.099\$ | 946\$ |
| 5 | 57.559\$ | 4.796\$ | 1.106\$ |
| 6 | 65.919\$ | 5.493\$ | 1.267\$ |
| 7 | 74.279\$ | 6.189\$ | 1.428\$ |
| 8 | 82.639\$ | 6.886\$ | 1.589\$ |
| 9 | 90.999\$ | 7.583\$ | 1.749\$ |
| Her bir ek hane üyesi için aşağıdakileri ekleyin | 8.360\$ | 697\$ | 161\$ |

Aşağıdaki beyanı dikkatli bir şekilde okuyun ve sonrasında formu imzalayın ve bugünün tarihini yazın.

Mevcut brüt hane gelirim, hanemle aynı kişi sayısındaki haneler için belirtilen gelir seviyesinde veya bunun altında olduğunu beyan ederim. Ayrıca, yaşadığım hanenin, bugün itibarıyla, bu kurum tarafından hizmet sağlanan alan içerisinde olduğunu beyan ederim. Program yetkilileri beyanlarımın doğruluğunu teyit edebilirler. Yanlış beyan vermemin, tarafıma uygun olmayan bir şekilde sağlanan gıdanın değerini Devlete geri ödemek zorunda kalmam ve Devlet ve Federal yasalar uyarınca cezai kovuşturmayla tabi olmam ile sonuçlanabileceğini anladığımı beyan ederim.

İmza
X

Tarih
X

Federal sivil haklar yasası ve ABD Tarım Bakanlığı (USDA) sivil haklar yönetmelikleri ve politikaları uyarınca, USDA'nın, bunun kurumlarının, ofislerinin, çalışanlarının ve USDA programlarına katılımda bulunan veya bu programları yöneten kuruluşların, ırk, renk, ulusal köken, cinsiyet, engellilik, yaş veya geçmiş sivil haklar faaliyetine kısas veya misilleme bağlamında herhangi bir ayırım yapmaları yasaktır. Program bilgileri ile ilgili alternatif iletişim araçlarına ihtiyaç duyan engelli kişiler (örn. Braille alfabesi, büyük basım, ses kaseti, Amerikan İşaret Dili vb.) tazminat için başvurdukları Kuruma (Devlet veya yerel) başvurmalıdır. Sağır, işitme güçlüğü veya konuşma engeline sahip olan bireyler Federal Aktarma Servisi'nin (800) 877-8339 numaralı telefonu aracılığıyla USDA ile iletişime geçebilir. Buna ek olarak, program ile ilgili bilgiler İngilizce dışındaki dillerde de mevcut olabilir. Programla ilgili bir ayrımcılık şikayeti oluşturmak için, [USDA Programı Ayrımcılık Şikayeti Formunu](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) çevrimiçi olarak: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html adresinden, herhangi bir USDA ofisinden doldurun veya USDA'ya formda istenen tüm bilgileri içeren bir mektup gönderin. Şikayet formunun bir kopyasını talep etmek için, (866) 632-9992 numaralı telefonu arayın. Doldurduğunuz formu veya mektubu USDA'ya şu şekilde ibraz edin: (1) posta yoluyla: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) faks yoluyla: (202) 690-7442; veya (3) eposta yoluyla: program.intake@usda.gov. Bu kuruluş herkese eşit fırsatlar sunan bir kuruluştur.

| This box is optional for local agency use, check one: | | | |
|--|---|------------------|-------------------|
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |
| Full Service <input type="checkbox"/> | Partial Service <input type="checkbox"/> | İmza X | Tarih X |