

## Petição da família para USDA Foods

O Programa de Assistência Alimentar Emergencial (TEFAP)

Os sites podem solicitar, mas não devem exigir comprovação de informações.

### Seção 1 - Informações sobre a família

<b>Nome do membro da família</b>	<b>Quantidade de membros da família</b>
<b>Endereço (se disponível)</b>	
<b>Nome do procurador</b>	

### Seção 2 - Elegibilidade categórica

<input type="checkbox"/> Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)
<input type="checkbox"/> Assistência Temporária a Famílias Carentes (TANF)
<input type="checkbox"/> Renda de Segurança Suplementar (SSI)
<input type="checkbox"/> Programa Nacional de Merenda Escolar (NSLP) (refeições gratuitas ou a preço reduzido)
<input type="checkbox"/> Medicaid

### Seção 3 - Elegibilidade de renda

Renda bruta total US\$ _____
_____ por ano _____ por mês _____ por semana

### Seção 4 - Elegibilidade para crises domésticas

<b>Se o agregado familiar for elegível para as necessidades alimentares de crise do agregado familiar, documente aqui a razão da crise.</b>

### Seção 5 - Certificação

<p><b>Certifico que:</b></p> <p>(1) Sou um membro da família que mora no endereço fornecido na Seção 1 e que, em nome da família, solicito alimentos ao USDA Foods que são distribuídos por meio do Programa de Assistência Alimentar Emergencial;</p> <p>(2) todas as informações fornecidas à agência que determina a elegibilidade do meu domicílio são, salvo melhor crença e juízo, verdadeiras e corretas; e</p> <p>(3) se aplicável, as informações fornecidas pelo procurador do domicílio são, salvo melhor crença e juízo, verdadeiras e corretas.</p>
--

**Declaração de não discriminação do USDA**

De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade, ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiência que precisam de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio, linguagem de sinais americana), devem entrar em contato com a agência estadual ou local responsável que administra o programa ou com o Centro TARGET do USDA em (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entre em contato com o USDA através do Federal Relay Service em (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação do programa, o Reclamante deve preencher um Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação de Discriminação de Programa do USDA, que pode ser obtido on-line em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de qualquer escritório do USDA, por ligar para (866) 632-9992 ou escrever uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome do reclamante, endereço, número de telefone e uma descrição por escrito da alegada ação discriminatória com detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto de Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma alegada violação de direitos civis. O formulário ou carta AD-3027 preenchido deve ser enviado ao USDA por:

- (1) correio: Departamento de Agricultura dos EUA  
Gabinete do Secretário Adjunto de Direitos Civis  
1400 Avenida da Independência, SW  
Washington, DC 20250-9410; ou
- (2) fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
- (3) e-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

**Esta instituição é uma provedora de oportunidades iguais.**

**As seções 6 e 7 devem ser preenchidas pelo CE ou pela equipe do local:**

**Seção 6 - Elegibilidade ou Inelegibilidade**

<p><input type="checkbox"/> Família é elegível. Duração da certificação:</p> <p>Início (mês/ano): _____</p> <p>Término (mês/ano): _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> O agregado familiar não é elegível com base nas Seções 2 e 3, mas qualifica-se para o TEFAP com base na Elegibilidade para crises domésticas (Seção 4).</p> <p>Duração da certificação: Início (mês/ano): _____</p> <p>Término (mês/ano): _____</p>	

**Seção 7 — Assinatura e data do CE ou equipe local**

Assinatura _____	Data _____
------------------	------------