

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 _____ <b>Toplam</b> _____		

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 2024**

Hane Boyutu	Yıllık Gelir	Aylık Gelir	Haftalık Gelir
1	30.120 \$	2.510 \$	580 \$
2	40.880 \$	3.407 \$	787 \$
3	51.640 \$	4.304 \$	994 \$
4	62.400 \$	5.200 \$	1.200 \$
5	73.160 \$	6.097 \$	1.407 \$
6	83.920 \$	6.994 \$	1.614 \$
7	94.680 \$	7.890 \$	1.821 \$
8	105.440 \$	8.787 \$	2.028 \$
9	116.200 \$	9.684 \$	2.235 \$
Her bir ek hane üyesi için aşağıdakileri ekleyin	10.760 \$	897\$	207\$

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 cezaı kovuşturmayla tabi olmam ile sonuçlanabileceğini anladığımı beyan ederim.

İmza  
**X**

Tarih  
**X**

Federal medeni haklar yasası ve ABD Tarım Bakanlığı (USDA) medeni haklar düzenlemeleri ve politikaları uyarınca, bu kurumun ırk, renk, ulusal köken, cinsiyet (cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim dahil), engellilik, yaş, veya önceki medeni haklar faaliyeti için misilleme veya misilleme temelinde ayrımcılık yapması yasaktır. Program bilgileri İngilizce dışındaki dillerde sağlanabilir. Program bilgilerini (örneğin, Braille, büyük baskı, ses bandı, Amerikan İşaret Dili) elde etmek için alternatif iletişim araçlarına ihtiyaç duyan engelli kişiler, programı yöneten sorumlu Devlet kurumla veya yerel kurumla veya (202) 720- 2600 (ses ve TTY) numaralı telefondan USDA'nın TARGET Merkezi ile veya (800) 877-8339 numaralı telefondan Federal Rôle Servisi aracılığıyla, USDA ile iletişime geçmelidir. Program ayrımcılığı şikayetinde bulunmak için Şikayetçi, aşağıdaki adresten çevrimiçi olarak, (866)-632-9992 numaralı telefonu arayarak veya USDA'ya bir dilekçe yazarak herhangi bir USDA ofisinden edinilebilecek AD-3027, USDA Program Ayrımcılık Şikayet Formu'nu doldurmalıdır: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-turkish.pdf>. Dilekçenin, Medeni Haklar Sekreter Yardımcısını (ASCR) iddia edilen bir medeni hak ihlalinin niteliği ve tarihi hakkında bilgilendirmek için şikayetçinin adını, adresini, telefon numarasını ve iddia edilen ayrımcı eylemin yazılı bir açıklamasını içermesi gerekir. Doldurulmuş AD-3027 formu veya dilekçe USDA'ya şu şekilde gönderilmelidir: (1) posta adresi: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; veya (2) faks: (833)256-1665 veya (202) 690-7442; veya (3) e-posta: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Bu kuruluş herkese eşit fırsatlar sunan bir kuruluştur.

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