

ໃບສະໝັກສິດທິເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານອາຫານສຸກເສີນ (TEFAP)

ຊື່ \_\_\_\_\_ ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສະມາຊິກຈັກຄົນ \_\_\_\_\_

ຖ້າວ່າຕ້ອງການມີສິດໄດ້ຮັບອາຫານຈາກ TEFAP USDA ທ່ານຕ້ອງອາໄສຢູ່ໃນລັດ Iowa, ແລະ ມີລາຍໄດ້ຕັ້ງຕາມຫຼັກການ, ຫຼື ໄດ້ຮັບ SNAP ແລະ /ຫຼື ອາຫານທ່ຽງຟຣີ ຫຼື ຫຼຸດລາຄາ.

**ຄູ່ມືກ່ຽວກັບລາຍຮັບຂອງ TEFAP ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ແຕ່ວັນທີ 1 ກໍລະກົດ 2025 - 30 ມິຖຸນາ 2026 - ລາຍໄດ້ລວມ**

ຂະໜາດຄົວເຮືອນ	1	2	3	4	5	6	7	8	ບຸກຄົນເພີ່ມຕື່ມ:
ປະຈຳປີ	\$28,953	\$39,128	\$49,303	\$59,478	\$69,653	\$79,828	\$90,003	\$100,178	+ \$10,178
ປະຈຳເດືອນ	\$2,413	\$3,261	\$4,109	\$4,957	\$5,805	\$6,653	\$7,501	\$8,349	+ \$848
ປະຈຳອາທິດ	\$557	\$753	\$949	\$1,144	\$1,340	\$1,536	\$1,731	\$1,927	+ \$196

ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນລັດ Iowa: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕັ້ງຕາມເກນທີ່ກຳນົດຕາມຕາຕະລາງດ້ານເທິງ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ: ☐ SNAP ☐ ອາຫານທ່ຽງຟຣີ ຫຼື ຫຼຸດລາຄາ

**ກະດູນາອ່ານຄຳຖະແຫຼງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ. ຖ້າວ່າທ່ານເຫັນດີ, ກະດູນາເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃນຟອມ:**

ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງໃນວັນນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຕື່ມແບບຟອມນີ້ເພື່ອຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດຖະບານກາງ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າເຊັນແບບຟອມນີ້ແລ້ວ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບການແຈກຢາຍໃນອະນາຄົດຈົນເຖິງ 30 ມິຖຸນາ.

**ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າ**

**ຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານໃຫ້ແກ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຫ້ອງອາຫານ,**

**ຖ້າວ່າລາຍຮັບຂອງຂ້ອຍເພີ່ມຂຶ້ນເກີນຈຳນວນລາຍຮັບທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ສຳລັບຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.**

ພະນັກງານຂອງໂຄງການອາດຈະກວດສອບສິ່ງທີ່ຂ້ອຍຍືນຍັນວ່າເປັນຄວາມຈິງ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການເຮັດງົບການເຖິງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ລັດຈຳເປັນ

ຕ້ອງຈ່າຍເງິນສຳລັບມູນຄ່າຂອງອາຫານທີ່ໄດ້ແຈກຢາຍອອກໄປຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ

ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຖືກດຳເນີນຄະດີອາຍາພາຍໃຕ້ກົດ

ໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.

ລາຍເຊັນຜູ້ຮັບ \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_

ຫຼື

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັບມອບພັນທະ \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_

ອີງຕາມກົດໝາຍສິດຂອງພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍດ້ານສິດຂອງພົນລະເມືອງຂອງ USDA, USDA, ຕົວແທນຂອງ

ພວກເຂົາ, ຫ້ອງການ, ພະນັກງານ ແລະ ສະຖາບັນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA

ແມ່ນຖືກຫ້າມຈາກການແບ່ງແຍກໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ,

ສະຖານະຄອບຄົວ/ຜູ້ປົກຄອງ, ລາຍໄດ້ຈາກໂຄງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະຄວາມເຊື່ອ

ທາງການເມືອງ ຫຼື ການແກ້ໄຂ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ສຳລັບກິດຈະກຳດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້າທີ່ຈະດຳເນີນງານຂອງໂຄງການ ຫຼື ກິດຈະກຳໃດໆ ຫຼື ຮັບເງິນທຶນ

ຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນພື້ນຖານທັງໝົດນຳໃຊ້ກັບທຸກໂຄງການ). ວິທີການແກ້ໄຂ ແລະ

ກຳນົດເວລາຍື່ນຂໍ້ຮ້ອງທຸກແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມໄປຮູ້ແຕກຕ່າງໆ.

ຄົນພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, 470-5313(LA) (05/25)

ພາສາສັນຍະລັກອາເມລິກາ, ແລະ ອື່ນໆ) ຄວນຕິດຕໍ່ກັບລັດ ຫຼື ອົງການທ້ອງຖິ່ນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂຄງການ ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການສົ່ງຕໍ່ໂທລະຄົມມະນາຄົມຢູ່ເທ໌ໝາຍເລກ 711 (ສຽງ ແລະ TTY).

ນອກຈາກນີ້, ຂໍ້ມູນໂຄງການອາດຈະມີໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ.

ເພື່ອຍື່ນຂໍການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກ, ຕື່ມແບບຟອມຮ້ອງທຸກ

ເລື່ອງການແບ່ງແຍກຂອງໂຄງການ USDA ([AD-3027](#)) ເບິ່ງທາງອອນລາຍຢູ່ໃນວິທີການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກການຈໍາແນກໂຄງການ ແລະ ຢູ່ໃນຫ້ອງການຂອງ USDA ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍທີສົ່ງໄປຫາ USDA ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍຢູ່ໃນແບບຟອມ.

ເພື່ອຂໍແບບຟອມຮ້ອງທຸກສະບັບສຳເນົາ, ໂທເບີ

[illegible]

1. **ប្រភព:** U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; ໗໓

**2. ແລ້ງ:** (833) 256-1665 ຫຼື (202) 690-7442; ຫຼື

3. **စီမံခန့်ခွဲမှု:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**ການມີສ່ວນຮ່ວມເພີ່ມຕື່ມ:**

[illegible]