

Ohio Department of Job and Family Services
**PROGRAMMES ALIMENTAIRES FINANCÉS AUX NIVEAUX FÉDÉRAL ET
 DES ÉTATS ÉLIGIBILITÉ À L'AIDE ALIMENTAIRE**

Cette case est **optionnelle** réservée à l'agence locale, une seule réponse :
 A (foyer avec des enfants mineurs)
 B (foyer sans enfants mineurs)

Nom		
Adresse		
Ville	Code postal	Code zone + téléphone ()
Nombre de personnes dans le foyer, par tranche d'âge : 60 ans et + _____ 18 - 59 ans _____ nouveau-né - 17 ans _____ Total _____		

Ce tableau indique le revenu annuel brut pour chaque taille de famille. Si le revenu de votre foyer est égal ou inférieur au revenu indiqué en fonction du nombre de personnes dans le foyer, vous êtes éligible à l'aide alimentaire. Ce certificat est complété dans le cadre de la distribution de l'aide alimentaire relative au programme financé par l'État et/ou à l'assistance fédérale via le Emergency Food Assistance Program.

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ POUR LES FOYERS, EN VIGUEUR AU 1er JUILLET 2021

Taille du foyer	Revenu annuel	Revenu mensuel	Revenu hebdomadaire
-----------------	---------------	----------------	---------------------

Lisez attentivement la déclaration suivante, puis signez le formulaire et indiquez la date du jour.

1	25 759 \$	2 146 \$	495 \$
2	34 839 \$	2 903 \$	669 \$
3	43 919 \$	3 659 \$	844 \$
4	52 999 \$	4 416 \$	1 019 \$
5	62 079 \$	5 173 \$	1 193 \$
6	71 159 \$	5 929 \$	1 368 \$
7	80 239 \$	6 686 \$	1 543 \$
8	89 319 \$	7 443 \$	1 717 \$
9	98 399 \$	8 199 \$	1 892 \$
Pour chaque membre supplémentaire du foyer, ajoutez	9 080 \$	757 \$	175 \$

Je certifie que le revenu brut actuel de mon foyer est égal ou inférieur au revenu indiqué dans ce formulaire pour un foyer comptant le même nombre de personnes. Je certifie également que, à ce jour, ma famille vit dans la zone desservie par cette agence. Les responsables du programme pourront être amenés à vérifier l'exactitude des informations que j'ai fournies. Je comprends que, en cas de fausse déclaration, je peux être redevable à l'État de la valeur de la nourriture indûment reçue et que je peux faire l'objet de poursuites pénales en vertu de la loi fédérale ou de l'État.	
Signature X	Date X

Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux politiques et réglementations sur les droits civils du U.S Department of Agriculture (USDA), le USDA, ses agences, ses bureaux et ses employés, ainsi que les institutions participant ou administrant les programmes de l'USDA ont interdiction de faire de la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, le handicap, l'âge, ou d'exercer des représailles ou de la rétorsion en raison de l'exercice précédent de droits civils dans un quelconque programme ou une quelconque activité conduit(e) ou financé(e) par le USDA. Les personnes en situation de handicap ayant besoin d'autres moyens de communication pour comprendre les informations du programme (par exemple, écriture en braille, impression en gros caractères, enregistrements sonores, langue des signes, etc.) doivent contacter leur agence (étatique ou locale) de rattachement. Les personnes sourdes, malentendantes, ou souffrant de troubles de la parole, peuvent contacter l'USDA par le biais du Federal Relay Service au (800) 877-8339. En outre, le programme peut être fourni dans d'autres langues que l'anglais. Pour déposer une réclamation pour discrimination relative au programme, complétez le Formulaire de Réclamation pour Discrimination du Programme USDA, (AD-3027) disponible en ligne en cliquant sur : Comment remplir une réclamation, et dans les bureaux de l'USDA, ou adressez une lettre à l'USDA contenant toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander un exemplaire du formulaire de réclamation, appelez le (866) 632-9992. Transmettez le formulaire dûment complété ou la lettre à l'USDA par : (1) courrier : U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; ou (3) email: program.intake@usda.gov. Cette institution garantit l'égalité des chances.

Cette case est optionnelle réservée à l'agence locale, une seule réponse :			
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X
Prestations complètes <input type="checkbox"/>	Prestations partielles <input type="checkbox"/>	Signature X	Date X