

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

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

姓名		
地址		
城市	邮政编码	区号 + 电话号码 ()
家庭不同年龄段人数: 60 岁及以上	18 - 59 岁	刚出生 - 17 岁
		总计

此表显示不同人数家庭的年总收入。如果您的家庭收入等于或低于所列的相同人数家庭的收入，那么您有资格获得食品。此证明表格应在通过州级资助计划和/或紧急食品援助计划获得联邦援助或食品时填写。

家庭资格认定指南 (2021 年 7 月 1 日生效)

家庭成员人数	年收入	月收入	周收入
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
每增加一名家庭成员, 收入应增加	\$9,080	\$757	\$175

请仔细阅读以下声明，然后签名并填写今天的日期。

本人证明，我当前的家庭总收入等于或低于此表格中列出的相同人数家庭的收入。本人还证明，我的家庭当前居住在该机构所服务的地区。计划工作人员可以验证我的证词是否真实。本人明白，提供虚假证词可能会导致必须就不当所得食品向州支付其费用，并且可能会面临依照州和联邦法律提起的刑事诉讼。	
签名 X	日期 X

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权条例与政策，USDA 及其代表机构、办事处和员工，以及参与或管理 USDA 计划的机构，在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中不得基于种族、肤色、原国籍、性别、残疾、年龄或针对以往民权活动的打击或报复而采取歧视行为。如果残疾人士需要以替代通信方式获得计划信息（如布莱叶 (Braille) 盲文、大号字体印刷、录音带、北美式手势语等），应联系其申请福利所在的机构（州或当地）。身患耳聋、听力障碍或言语障碍的人士，可以通过联邦中继服务（电话：(800) 877-8339）联系 USDA。此外，还可提供英语之外的其他语言的计划信息。若要针对计划相关歧视行为提出投诉，请填写 [USDA 计划歧视投诉表格 \(AD-3027\)](#)，此表格位于 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html，也可向任何 USDA 办事处索取，还可写信至 USDA 并在信函中提供表格所需的全部信息。若要索取投诉表格的副本，请致电 (866) 632-9992。请将您完成的表格或信函提交至 USDA: (1) 邮寄：U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) 传真：(202) 690-7442; 或 (3) 电子邮件：program.intake@usda.gov。该机构是平等机会的提供者。

This box is optional for local agency use, check one:			
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X
Full Service ☐	Partial Service ☐	签名 X	日期 X