

俄亥俄州就业与家庭服务部 (ODJFS)  
**联邦和州级资助食品计划**  
**家庭资格认定**

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 (2023年7月1日生效)**

家庭成员人数	年收入	月收入	周收入
1	\$29,160	\$2,430	\$561
2	\$39,440	\$3,287	\$758
3	\$49,720	\$4,144	\$957
4	\$60,000	\$5,000	\$1,154
5	\$70,280	\$5,857	\$1,352
6	\$80,560	\$6,714	\$1,550
7	\$90,840	\$7,570	\$1,747
8	\$101,120	\$8,427	\$1,945
9	\$111,400	\$9,284	\$2,143
每增加一名家庭成员, 收入应增加	\$10,280	\$857	\$198

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 <b>X</b>	日期 <b>X</b>

按照联邦民权法以及美国农业部 (USDA) 民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别 (包括性别认同和性取向)、残疾情况、年龄的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息 (比如盲文、大字体、录音带、美国手语 (American Sign Language)) 的人应联系负责实施计划的州或当地机构或USDA的TARGET中心，号码为 (202) 720-2600 (语音及TTY)，或拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务 (Federal Relay Service) 与USDA联系。如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf>。您也可从 USDA 办公室或拨打(866) 632-9992 获得该表或写信给USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长 (ASCR) 所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须通过以下方式提交给 USDA: (1) 邮件: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; 或 (2) 传真: (833) 256-1665 或 (202) 690-7442; 或 (3) 电子邮箱: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。本机构提供平等机会。

This box is <i>optional</i> for local agency use, check one:		签名	日期
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>