



伊利诺伊州 -
公共服务部 (Department of Human Services)

紧急食品援助计划 (EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM) – 代理声明

伊利诺伊州2024财年食物柜商品领取之收入资格基于联邦贫困线300%

此代理服务于那些有残疾状况而导致领取人无法亲自领取食物柜商品的人士。还服务于那些工作时间与美国农业部 (USDA) 的预定商品分配时间相冲突的人士。

领取人姓名：_____ 日期：_____

地址：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

家庭人数： 家中18岁或以下的孩子数量？ SNAP领取人？(补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program)) 是 否
请仅勾选一个方框。

公共服务部 (DHS) 商品领取最高每月总收入之州2024财年收入指南 (2023年7月1日至2024年6月30日)										
家庭人数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
月收入	\$3,645	\$4,930	\$6,215	\$7,500	\$8,785	\$10,070	\$11,355	\$12,640	\$13,925	\$15,210
对于人数在10人以上的家庭，每增加一个人就增加1,285美元，最高可达联邦贫困线 (FPL) 的300%										

代理：_____ 指定的送货人

食物柜名称：_____

食物柜地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

本人签字证明：本人的家庭每月总收入不超过公共服务部 (DHS) 规定的限额；本人所提供的上述信息是准确和真实的；本人只会将领取的食品用于家庭消费；本人免除美国农业部 (USDA)、伊利诺伊州和任何分发食品的机构或个人因食品领取而产生的所有责任。

领取人签名 _____ 日期 _____ 分发日期 _____

代理签名 _____ 日期 _____

食物柜工作人员的签名 _____

至于其它所有 FNS 营养援助计划，州或当地机构及其次级受助人必须张贴以下非歧视声明：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 本机构提供平等机会。

