इलिनोइस राज्य -
मानव सेवा विभाग

आपातकालीन खाद्य सहायता कार्यक्रम - हस्ताक्षर पत्रक

संघीय गरीबी दिशानिर्देशों के 300% के आधार पर राज्य वित्तीय वर्ष 2024 आय पात्रता

वित्त वर्ष 2024 (1 जुलाई, 2023 से 30 जून, 2024 तक) के लिए वस्तुओं की प्राप्ति के लिए DHS की अधिकतम मासिक सकल आय										
परिवार का आकार	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
मासिक आय	$3,645	$4,930	$6,215	$7,500	$8,785	$10,070	$11,355	$12,640	$13,925	$15,210
10 से अधिक व्यक्तियों वाले परिवारों के लिए, 300% FPL तक प्रत्येक अतिरिक्त व्यक्ति के लिए $1285 जोड़ें										

निम्न सूचीबद्ध प्राप्तकर्ताओं ने निम्नलिखित जानकारी प्रदान की है और वे घरेलू आय की पुष्टि करते हैं।

खाद्य बैंक: _____ **दिनांक:(MM/DD/YY)** _____

परिवार का आकार	प्राप्तकर्ता का हस्ताक्षर	सड़क का पता (अपार्टमेंट संख्या शामिल करें)	शहर	बच्चों की संख्या परिवार में 18 वर्ष या उससे कम TANF भोजन	क्या आप SNAP प्राप्त करते हैं? जांच करें
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं
					☐ हां ☐ नहीं

पैंट्री: _____ पता : _____

अन्य सभी FNS पोषण सहायता कायय क्रमों केलिए, राज्य स्तरीय या स्थानीय एजेन्सयाँऔर उनके उपप्राप्तकतायओं, सभी को ननम्न गैर-भेदभाव कथन पोस्ट करना होगा: संघीय नागरिक अधिकाि कानून औि यू.एस. के कृ षि षिभाग (USDA) के नागरिक अधिकाि षिननयम औि नीनियों केअनुरूप, इस संस्थान के द्िाि ा जानि, िंग, मूल िाष्ट्रीयिा, ललगं (जजसमें लैंधगक पहचान औि लैंधगक पसंद शालमल हैं), अक्षमिा, आयुया पहले की ककसी नागरिक अधिकाि संबंिी गनिषिधि के ललए प्रनिशोि या बदला लेने केआिाि पि भेदभाि ककया जाना प्रनिबंधिि है। कायय क्रम संबंिी जानकाि ी अंग्रेजी को छोड़कि अन्य भाि ा मेंउपलब्ि किाई जा सकिी है। अक्षमिा िाले व्यजति, जजन्हें कायय क्रम संबंिी जानकाि ी पाने केललए संचाि केिैकजपपक ि ि ीके की जरूि ि हो (जैसे ब्रेइल, बड़े अक्षि, ऑडियो टेप, अमेरिकन साइन लेंग्ि ेज), उन्हें प्रोग्राम के संचालन के ललए उत्तिदायी ि ाज्य स्ि ि ीय या स्थानीय एजेंसी या किि USDA केTARGET के त्र से (202) 720-2600 (ि ॉइस औि टीटी ि ाय) पि संपकय किना चाहहए या USDA से ि े ि िल ि ीले सषियस के माध्यम से (800) 877-8339 पि संपकय किना चाहहए। प्रोग्राम भेदभाि की लशकायि दजय किने केललए, लशकायि किने ि ाले को फॉमय AD-3027, USDA कायय कर्म भेदभाि लशकाि य फॉमय (Program Discrimination Complaint Form) भिना होगा, जजसे ऑनलाइन यहाँ पर ाप्ि ककया जा सकिा है: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resourcefiles/ad3027-hindi.pdf, जजसे USDA कायायलय से पर ाप्ि ककया जा सकिा हैया किि (866)-632-9992 पि कॉल किकेया किि USDA को संबोधिि एक पतर्ललख कि पर ाप्ि ककया जा सकिा है। पतर्में लशकाि य किने ि ाले का नाम, ि पा, टेली ि ोन नंबि औि अलभकधथि भेदभाि ि ाली जानकाि ी का पयायप्ि षिस्ि ृ ि ललखिख षिि ि ण होना चाहहए ि ाकक नागरिक अधिकाि ों के उपसधचि (ASCR) को ककसी कधथि नागरिक अधिकाि उपलंघन के पर्काि औि निधथ के बाि े में सूधचि ककया जा सके ।भिा हुआ AD-3027 फॉमय या पतर्USDA के पास इनमें से ककसी ि ि ीकेसे भेजा जाना चाहहए: (1) डाक: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; या (2) फै क्स: (833) 256-1665 या (202) 690-7442; या (3) ईमेि: program.intake@usda.gov यह संस्थान एक समान अिसि प्रदाि ा है।