EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (EFAP) CERTIFICATION OF ELIGIBILITY

FOOD DISTRIBUTION AGENCY:	DISTRIBUTION DATE:	Page________ of ________
SUBDISTRIBUTION SITE:	CONTACT NAME:	CONTACT PHONE: ( )

CERTIFICATION

I certify under penalty of perjury that my household income for the past 30 days does not exceed the Emergency Food Assistance Program's (EFAP) posted monthly guidelines, or for the past twelve months does not exceed the annual guidelines. Commodities are for my personal home use, not to be sold, traded or given away.

សេចក្តីថ្លែងការបញ្ជាក់

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការភូតកុហកថា ប្រាក់ចំណូលនៃក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំនៅក្នុងកំឡុងពេល៣០ថ្ងៃកន្លងមកគឺមិនលើសចំនួនជាខ្នាតដែលបានបង្ហាញប្រចាំខែនៃកម្មវិធីជួយផ្នែកម្ហូបអាហារសំរាប់ពេលមានអាសន្ន (Emergency Food Assistance Program ឬ EFAP) នេះឡើយ ឬក៏សំរាប់ពេល១២ខែកន្លងមក ប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំមិនមានចំនួនលើសពីចំនួនខ្នាតប្រចាំឆ្នាំ ។ ម្ហូបអាហារនេះសំរាប់តែប្រើប្រាស់ផ្ទាល់នៅក្នុងគ្រួសារមិនមែនសំរាប់លក់ ផ្លាស់ប្តូរ ឬឱ្យទៅអ្នកដទៃឡើយ ។

SIGNATURE ហត្ថលេខា	ADDRESS អាសយដ្ឋាន	ZIP CODE លេខហ្ស៊ីបកូដ	NUMBER OF PERSONS IN HOUSE-HOLD ចំនួនមនុស្សនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ
		TOTAL	