

**PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA (TEFAP)
FORMULARIO DE CRITERIOS DE ADMISIBILIDAD DEL NÚCLEO FAMILIAR**

Fecha de la distribución _____ Lugar de la distribución _____

Nombre: _____ Cantidad de personas en el hogar _____

Dirección: _____
_____ Condado _____

Número de teléfono _____

Esta tabla muestra ingresos mensuales y semanales para cada tamaño de familia. Si los ingresos de su hogar son iguales o menores que los ingresos indicados para la cantidad de personas que tiene su hogar, reúne los requisitos para recibir alimentos.

<u>Tamaño del Hogar</u>	<u>Ingresos Mensuales</u>	<u>Ingresos Semanales</u>
1	\$1,383	\$319
2	\$1,868	\$431
3	\$2,353	\$551
4	\$2,839	\$655
5	\$3,324	\$767
6	\$3,809	\$879
7	\$4,295	\$991
8	\$4,780	\$1,103
Por cada miembro adicional	\$479	add \$120

Certifico que mi ingreso familiar bruto es igual o inferior al ingreso indicado en este formulario para los hogares que viven en el área atendida por el Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia. Este formulario de certificación se está completando en conexión con la recepción de asistencia federal.

(Firma del Cabeza de Familia del Núcleo Familiar)

(Fecha)

Representante Autorizado:

Por este medio autorizo a _____ (Escriba en letra de molde por favor)
a recoger alimentos para mi núcleo familiar.

Firma del Cabeza de Familia del Núcleo Familiar

Fecha

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja del programa de discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completada al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Secretario Auxiliar para Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690 - 7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.