

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)

Household Eligibility Criteria Form

Fecha de distribución _____

Lugar de distribución: _____

Nombre: _____

Número de personas en el

Dirección: _____

Hogar _____

Condado _____

Número de teléfono: _____

Esta tabla indica los ingresos mensuales y semanales para cada tamaño de familia. Si los ingresos de su hogar equivalen o son inferiores a los ingresos enumerados para la cantidad de personas en su hogar, usted es elegible para recibir alimento

Tamaño del Hogar	Ingreso Mensual	Ingreso Semanal
1	\$ 1,473	\$ 340
2	\$ 1,984	\$ 458
3	\$ 2,495	\$ 576
4	\$ 3,007	\$ 694
5	\$ 3,518	\$ 812
6	\$ 4,029	\$ 930
7	\$ 4,541	\$ 1,048
8	\$ 5,052	\$ 1,166
Cada miembro Adicional	Agregar \$512	Agregar \$118

Certifico que los ingresos brutos de mi hogar son equivalentes o inferiores a los ingresos enumerados para la cantidad de personas en mi hogar en este formulario. Certifico que vivo en un área que recibe servicios del Programa de Emergencia de Asistencia Alimentaria (TEPAF). Este formulario de certificación ha sido llenado en relación con la entrega de asistencia federal.

(Firma del jefe del hogar)

(Fecha)

Representante autorizado:

Por el presente
 Autorizo a _____ (Nombre en letra
 imprenta)

para recoger alimentos para mi hogar.

 Firma del jefe del hogar

 Fecha

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usdaprogram-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; or (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades