

**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	\$1,354	\$312
2	\$1,832	\$433
3	\$2,311	\$533
4	\$2,790	\$644
5	\$3,269	\$754
6	\$3,748	\$865
7	\$4,227	\$987
8	\$4,705	\$1,086
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.
Form 832 rev 09/19

For use from October 1, 2019 - September 30, 2020

**The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)
Household Eligibility Criteria Form**

Distribution Date _____

Distribution Site: _____

Name: _____

Number of people in household: _____

Address _____

County: _____

Phone Number _____

This table shows monthly and weekly income for each family size. If your household income is at or below the income listed for the number of people in your household, you are eligible to receive food.

<u>Household size</u>	<u>Monthly income</u>	<u>Weekly income</u>
1	\$1,354	\$312
2	\$1,832	\$423
3	\$2,311	\$533
4	\$2,790	\$644
5	\$3,269	\$754
6	\$3,748	\$865
7	\$4,227	\$987
8	\$4,705	\$1,086
Each add'l member	add \$479	add \$ 120

I certify that my gross household income is ***at or below the income*** listed for the number of people in my household on this form. I certify that I live in the area served by The Emergency Food Assistance Program. This certification form is being completed in connection with the receipt of federal assistance.

(Signature of Head of Household)

(Date)

Authorized Representative:

I hereby authorize _____
(Please Print)

to pick up food for my household.

Signature of Head of Household

Date

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.