

Formulario de Elegibilidad GNAP 2023

Nuestra agencia es socio del "Food Bank of Northeast Georgia" que tiene un contrato con el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Georgia para recibir fondos usados para comprar comida para el programa GNAP. Para apoyar a este programa, es necesario mantener un conteo exacto del número de personas atendidas y asegurarnos de que los participantes del programa cumplan ciertos requisitos de elegibilidad. Por favor complete este cuestionario. Se nos exige tener este documento completo para recibir los fondos del DHS. El completar totalmente este formulario no tendrá efecto en los servicios brindados.

Información Personal del Solicitante:

1. Nombre _____

2. Número de teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

3. Correo electrónico: _____

4. Dirección: _____

5. ¿Cuántas personas en total viven con usted en su casa? _____ ¿Cuántos hijos? _____

6. Actualmente recibe (Marque todas las que correspondan) SNAP/Vales de comida Medicaid SSI
 TANF N/A

7. ¿Cuál es el ingreso familiar total? (Incluya todos los ingresos de padres, tutores, cuidadores e hijos que vivan en su casa)

8. Si es diferente a lo indicado anteriormente, indique el nombre de la persona que está completando este formulario por el solicitante:

9. Información de contacto de la persona que está completando este formulario por el solicitante:

10. Fecha en que completó el formulario: _____

Uso Administrativo: 200% del nivel federal de pobreza 2023

Miembros del Grupo Familiar	Año	Mes	
1	\$29,160	\$2,430	*Para familias de más de 8 personas, añade la cantidad mostrada por cada miembro adicional: Año: \$10,280 Mes: \$857
2	\$39,440	\$3,287	
3	\$49,720	\$4,143	
4	\$60,000	\$5,000	
5	\$70,280	\$5,857	
6	\$80,560	\$6,713	
7	\$90,840	\$7,570	
8	\$101,120	\$8,427	