

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)

Household Eligibility Criteria Form

Distribution Date: _____

Distribution Site: _____

Name: _____

Address: _____

Number of people in household: _____

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.

Household size	Monthly income	Weekly income
1	\$1,580	\$365
2	\$2,137	\$493
3	\$2,694	\$622
4	\$3,250	\$750
5	\$3,807	\$879
6	\$4,364	\$1,007
7	\$4,921	\$1,136
8	\$5,478	\$1,264
Each add'l member	add \$557	add \$ 129

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 _____
to pick up food for my household. (Please Print)

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.

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

Fecha de Distribución: _____

Lugar de Distribución:

Nombre: _____

Número de personas en el hogar: _____

Dirección: _____

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 alimentos.

<u>Tamaño del Hogar</u>	<u>Ingreso Mensual</u>	<u>Ingreso Semana</u>
1	\$1,580	\$365
2	\$2,137	\$493
3	\$2,694	\$622
4	\$3,250	\$750
5	\$3,807	\$879
6	\$4,364	\$1,007
7	\$4,921	\$1,136
8	\$5,478	\$1,264
Cada miembro	Agregar \$557	Agregar \$ 129

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 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:

Autorizo a _____
para recoger alimentos para mi hogar. (Nombre en letra imprenta)

Firma del jefe del hogar

Fecha

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (USDA) de los EE. UU. (USDA), sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, discapacidad, edad o en represalia o retaliación por actividades realizadas por los derechos civiles en algún programa o actividad que el USDA conduzca o financie. Las personas con discapacidades que requieren de medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (p. ej., Braille, letra grande, cintas de audio, Lenguaje de Signos Americano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde se hayan inscrito para obtener beneficios. Las personas que son ciegas o tienen dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, se puede poner a disposición la información sobre el programa en otros idiomas además del inglés. Para presentar un reclamo ante el programa por discriminación, llene el Formulario de reclamo por discriminación del programa del USDA, (AD-3027), que se encuentra en línea en el sitio: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta llenados al USDA por (1) correo al: 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; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.