

2024 GNAP Eligibility Form

Our agency is a partner of the Food Bank of Northeast Georgia which has a contract with the Georgia Department of Human Services (DHS) to receive funds used for purchasing food for the GNAP program. To support this program, we are required to make sure program participants meet certain eligibility requirements and to keep an accurate count of the number of people served. Please take a moment to complete this questionnaire. We are required to have this document completed to receive the funds from DHS. Full completion of this form will have no effect on the services provided.

Applicant's Personal Information:

1. Name _____

2. Phone Number: _____
Home Cell Work

3. E-mail address: _____

4. Mailing address: _____

5. How many total people live with you in your home? _____ How many children? _____

6. Are you currently receiving (Check all that apply) SNAP/Food Stamps Medicaid SSI TANF
 N/A

7. What is your total household income? (Include all income from parents, guardians, caregivers, and children living in your house)

8. If different from the above, name of person completing this form for the applicant:

9. Contact information of the person completing this form for the applicant:

10. Date of completion: _____

Administrative Use: 200% of Federal Poverty Line 2023

Household Size	Year	Month	
1	\$29,160	\$2,430	*For family units over 8, add the amount shown for each additional member: Year: \$10,280 Month: \$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	

Formulario de Elegibilidad GNAP 2024

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, añadida 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	