Formulario de elegibilidad GNAP 2025

Nuestra agencia es socio del "*Atlanta Community Food Bank*", que tiene un contrato con el Departamento de Servicios Humanos de Georgia (DHS) 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 persona atendidas y asegranos de que los participantes del programa cumplan ciertos requisitos de elegibilidad. Por favor complete este cuestionario. Se nos exige tener este documento para recibir los fondos del DHS. El completer totalemente este formulario no tendrá efecto en los servicios brindados.

Información personal del solicitante:

1. Nombre: _____

2. Número de teléfono: _____ _____ _____
Hogar Celda Trabajo

3. Correo electrónico: _____

4. Dirección: _____

_____

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

6. Actualmente recibe *(marque todo lo que corresponda)* **□ SNAP/Cupones de Alimentos □ Medicaid □ SSI □ TANF □ N/A**

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

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

_____

9. Informacion de contacto de la persona que esta completando este formulario para el solicitante:

_____

10. Fecha en que complete el formulario: _____

Uso Administrativo: 200% del nival Federal de Pobreza 2024

Tamaño del hogar	Año	Mes
1	$ 30,120	$2,510
2	$ 40,880	$3,407
3	$ 51,640	$4.303
4	$ 62,400	$5,200
5	$ 73,160	$6,097
6	$ 83,920	$6,993
7	$ 94,680	$7,890
8	$105,440	$8,787

***Para familias de más de 8 personas, anada la cantidad mostrada por cada miembro adicional:**
Año: $10,760
Mes: $897