

Formulario de elegibilidad del Programa de Asistencia Nutricional de Georgia (GNAP) 2026

Nuestra agencia es socia de **Second Harvest of Coastal Georgia**, que tiene un contrato con el Departamento de Servicios Humanos de Georgia (DHS) para recibir fondos utilizados para comprar alimentos para GNAP. Para apoyar este programa, estamos obligados a asegurarnos de que los participantes del programa cumplan con ciertos requisitos de elegibilidad y mantener un conteo preciso del número de personas atendidas. Por favor, tómese un momento para completar este cuestionario. Estamos obligados a completar este documento para recibir los fondos del DHS. La cumplimentación completa de este formulario no tendrá ningún efecto sobre los servicios prestados.

Información personal del solicitante

NOMBRE: _____ FECHA DE FINALIZACION: _____

NÚMERO(S) DE TELÉFONO: _____
de casa de celular

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO: _____

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN TOTAL EN SU HOGAR? _____ ¿CUÁNTOS NIÑOS (menores de 18)? _____

¿ESTÁ RECIBIENDO TANF ACTUALMENTE? SÍ NO

¿ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE CON UN CÍRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA):

SNAP/CUPONES DE ALIMENTOS

MEDICAID

SSI

NINGUNO DE ESTOS (VER ELEGIBILIDAD DE INGRESOS A CONTINUACIÓN)

VERIFICACIÓN DE INGRESOS: ESTA TABLA MUESTRA LOS INGRESOS ANUALES Y MENSUALES BASADOS EN EL 200 % DE LAS PAUTAS FEDERALES DE POBREZA DE 2025. SI LOS INGRESOS DE SU HOGAR (EL HOGAR INCLUYE TODOS LOS INGRESOS DE PADRES, TUTORES, CUIDADORES E HIJOS QUE VIVEN EN SU HOGAR) SON IGUALES O INFERIORES A LOS INGRESOS INDICADOS PARA LA CANTIDAD DE PERSONAS EN SU HOGAR, ENTONCES USTED ES ELEGIBLE.

TAMAÑO DEL HOGAR

ANUAL

MENSUAL

2

\$42,300

\$3,525

3

\$53,300

\$4,442

4

\$64,300

\$5,358

5

\$75,300

\$6,275

6

\$86,300

\$7,192

7

\$97,300

\$8,108

8

\$108,300

\$9,025

Para hogares con más de 8 integrantes, agregue el monto que se muestra para cada miembro adicional:

Año: **\$11,000**

Mes: **\$917**

SEGÚN EL TAMAÑO DE MI HOGAR Y LA TABLA ANTERIOR, SOY ELEGIBLE (CÍRCULO UNO): SÍ NO

SI ES DIFERENTE DE LO ANTERIOR, NOMBRE E INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO PARA EL SOLICITANTE:

FIRMA

TELÉFONO