

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA (TEFAP, en inglés)
Formulario de criterios de elegibilidad de la unidad familiar

Nombre de la agencia de distribución: _____

Dirección de la agencia de distribución: _____

Nombre de la cabeza de familia: _____

Condado de residencia: _____ O Código postal: _____ Número de contacto: _____

(Opcional)

Niños: _____

(17 años o menos)

Adultos: _____

(18 - 64)

Personas mayores: _____

(65 años o más)

Cantidad en la unidad familiar: _____ Ingresos de la unidad familiar: _____ Semanales o mensuales (Marque uno)

Tamaño de la unidad familiar	Ingresos mensuales	Ingresos semanales
1	\$2,610	\$602
2	\$3,526	\$813
3	\$4,440	\$1024
4	\$5,358	\$1,236
5	\$6,274	\$1,447
6	\$7,190	\$1,659
7	\$8,108	\$1,871
8	\$9,024	\$2,082
Cada miembro adicional	\$916	\$211

*****En esta tabla se muestra el límite de ingresos mensuales y semanales para cada tamaño de familia. Si los ingresos de su unidad familiar son iguales o inferiores a los indicados para la cantidad de personas que viven en dicha unidad, tiene derecho a recibir alimentos del programa TEFAP*****

Lea a continuación: Declaro que los ingresos brutos de mi unidad familiar **son iguales o inferiores a los ingresos** indicados para la cantidad de personas que viven en mi unidad familiar y declaro en este formulario. Declaro que vivo en la zona a la que presta servicio el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia. Este formulario se cumplimenta en relación con la recepción de asistencia federal.

(Firma de la cabeza de familia)

(Fecha)

Representante autorizado:

Por la presente autorizo a _____ a recoger alimentos para mi unidad familiar.

(Escriba en letra de imprenta)

(Firma de la cabeza de familia)

(Fecha)

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

- (1) **correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) **fax:**
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.inlake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.