

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

Fecha de distribución \_\_\_\_\_

Lugar de distribución: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de personas en el Hogar \_\_\_\_\_ Niños (menores de 18 años) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Adultos (18-64) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

Personas mayores (65 años y más) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 Semanal</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 Adicional	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:**

Por el presente

Autorizo a \_\_\_\_\_

(Nombre en letra imprenta)

para recoger alimentos para mi hogar.

\_\_\_\_\_  
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](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](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.