

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

Fecha de distribuci3n _____ Lugar de distribuci3n: _____
 Nombre: _____ N3mero de personas en el Hogar _____
 Direcci3n: _____ Condado _____
 N3mero de tel3fono: _____

Esta tabla indica los ingresos mensuales y semanales para cada tama1o 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

Tama1o del Hogar	Ingreso Mensual	Ingreso Semanal
1	\$1,632	\$376
2	\$2,215	\$511
3	\$2,798	\$645
4	\$3,380	\$780
5	\$3,963	\$914
6	\$4,546	\$1,049
7	\$5,129	\$1,183
8	\$5,712	\$1,318
Cada miembro Adicional	Agregar \$583	Agregar \$ 135

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 1rea que recibe servicios del Programa del Programa de Emergencia de Asistencia Alimentaria (TEPAF). Este formulario de certificaci3n ha sido llenado en relaci3n 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 pol3ticas 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 retaliaci3n por actividades realizadas por los derechos civiles en alg3n programa o actividad que el USDA conduzca o financie. Las personas con discapacidades que requieren de medios alternativos de comunicaci3n para obtener informaci3n 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 trav3s del Servicio Federal de Transmisi3n al (800) 877-8339. Adem1s, se puede poner a disposici3n la informaci3n sobre el programa en otros idiomas adem1s del ingl3s. Para presentar un reclamo ante el programa por discriminaci3n, llene el Formulario de reclamo por discriminaci3n del programa del USDA, (AD-3027), que se encuentra en l3nea en el sitio: 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 informaci3n solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Env3e 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 electr3nico: program.intake@usda.gov. Esta instituci3n es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

