

# de Familia: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA (TEFAP)ALIMENTARIA DE EMERGENCIA

Este formulario debe completarse para cada hogar que recibe alimentos del programa al menos una vez al año

Nombre		Teléfono	
Calle		Ciudad	Code Postal

Por favor indique el número de cada uno a continuación, es decir, si dos niños están en su casa,ingrese 2 en la casilla de abajo

Niños (Edad 0-17)	,Adultos (Edad 18-64)	Mayores (Edad 65+)	INGRESO TOTAL DEL HOGAR

### USTED ES ELEGIBLE PARA RECIBIR (TEFAP) SI UNO DE LOS SIGUIENTES ES VERDADERO PARA SU HOGAR

#### OPCIÓN 1: INGRESO DEL HOGAR

La siguiente tabla muestra un ingreso bruto anual para cada tamaño de hogar. Si el ingreso de su hogar es igual o inferior indicado por el número de personas en su hogar,usted es elegible para recibir USDA a través del TEFAP

TAMAÑO DEL HOGAR	1	2	3	4	5	6	7	8
INGRESOS ANUALES	\$25,760	\$34,840	\$43,920	\$53,000	\$62,080	\$71,160	\$80,240	\$89,320

\*Por cada miembro adicional de la familia agregue \$9,080

#### OPCIÓN 2:

También eres categóricamente elegible para recibir los productos TEFAP. Si usted o su hogar participa en uno de los siguientes programas,por favor marque la casilla al lado

SNAP     WIC     TANF     Medicaid     SSI     Free/Reduced School Meals

Al firmar a continuación declaro que mis ingresos de todas las fuentes no exceden los ingresos enumerados anteriormente para hogares con la misma cantidad de personas que mi hogar O que mi hogar participa en el programa(s) que he marcado en este formulario.Entiendo que estos registros se mantendrán confidenciales en este sitio de distribución pero puede entregarse a la Oficina de Servicios General del Estado de Nueva York o al Departamento de Agricultura del Estado,de los Estados Unidos para su revisión a solicitud

Firma

Fecha

De acuerdo con la ley Federal de derechos civiles en los Estados Unidos y las regulaciones, políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de (USDA), Las Agencias ,oficinas, empleados y instituciones que participan o administran programas del (USDA) tienen prohibido discriminar por motivos de raza,color,nacionalidad,sexo,credo religioso,descapasida,edad,creencias politicas,o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el (USDA)

Personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo,Braille,Letra grande.cinta de audio,Lenguaje Gestual Americano,etc). Debe de comunicarse con la Agencia (Estatad o Local).Donde solicitó los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del Inglés.

Para presentar una queja de discriminacion del programa completa a USDA Program Discrimination Complaint Form,(AD-3027) y en línea a: How to File a Complaint en cualquiera oficina, de USDA, o escribir una carta dirigida a USDA, y proporcionar en la carta toda la solicitud de información en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas llame al (866)632-9992 Por correo a U.S.Department of Agriculture/ Office of the Assistant Secretary for civil Rights/1400 Independence Avenue,SW/Washington,D.C. 20250-9410; por Fax (202) 690-7442, y por correo electrónico:[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)