

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA (TEFAP)
CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR ALIMENTOS A LA CASA**

7 CFR 251

Nombre: _____
Dirección: _____

Número de personas en la casa: _____

Condado: _____

La siguiente tabla le ayudará a determinar su elegibilidad de acuerdo a su ingreso y a su composición familiar. Si el ingreso de su hogar está al nivel o por debajo del nivel indicado, de acuerdo al número de miembros en su familia, es elegible para recibir alimentos. **La tabla de abajo es efectiva desde el 1 Julio 2017 – 30 Junio 2018.**

Numero de Miembros del Hogar	Ingresos Anuales	Ingresos Mensuales	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Ingresos Semanales
1	\$15,678	\$1,307	\$654	\$603	\$302
2	\$21,112	\$1,760	\$880	\$812	\$406
3	\$26,546	\$2,213	\$1,107	\$1,021	\$511
4	\$31,980	\$2,665	\$1,333	\$1,230	\$615
5	\$37,414	\$3,118	\$1,559	\$1,439	\$720
6	\$42,848	\$3,571	\$1,786	\$1,648	\$824
7	\$48,282	\$4,024	\$2,012	\$1,857	\$929
8	\$53,716	\$4,477	\$2,239	\$2,066	\$1,033
Por cada miembro adicional del hogar añada:	\$5,434	\$453	\$227	\$209	\$105

La tabla indica la cantidad de ingresos para ser considerado elegible; ya sean ingresos mensuales, ingresos recibidos dos veces al mes (24 pagos al año), ingresos recibidos cada dos semanas (26 pagos al año), o ingresos semanales.

Es elegible para recibir alimentos según su ingreso familiar, o si su familia recibe ayuda de cualquiera de los siguientes programas:

- _____ Elegibilidad por ingreso
- _____ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) fka Food Stamps/Cupones de alimentos
- _____ Asistencia Temporal a Familias de Necesidad (TANF)
- _____ Ingreso Suplementario (SSI)
- _____ Medicaid

Favor de leer cuidadosamente la siguiente declaración, firmar este formulario, y añadir la fecha. El requisito para ser elegible para recibir la ayuda de alimentos TEFAP es que cumpla con al menos uno de los requisitos antes mencionados.

Certifico que el ingreso de mi núcleo familiar está al nivel, o por debajo del nivel de ingreso, de acuerdo al número de miembros en mi núcleo familiar, ya establecido; o que recibo ayuda de alguno de los programas de asistencia indicados anteriormente. Además, certifico que en este momento resido en el estado de la Florida. Cualquiera de sus oficiales puede verificar que lo declarado en esta forma es correcto. Entiendo que si hago una declaración falsa en cuanto a la información arriba provista, puede resultar en tener que pagar a la agencia del estado el valor de los alimentos recibidos inapropiadamente, y puede resultar en un delito bajo las leyes del estado y las leyes federales.

NOMBRE (Firma)

FECHA

Esta certificación es válida por un año y puede ser renovada si las circunstancias cambian.

OPCIONAL: Autorizo a _____ para recoger alimentos de USDA en mi nombre.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Record of TEFAP Food Issued

Last Name: _____ First Name: _____

of Day's Food Supply _____ Year: _____

July	Signature	August	Signature	September	Signature

October	Signature	November	Signature	December	Signature

January	Signature	February	Signature	March	Signature

April	Signature	May	Signature	June	Signature

Don't forget to record total number of people served each month