



TEFAP Eligibility Application

Distribution Site Name

CERTIFICO CON MI FIRMA que soy un residente de la zona de servicio de esta agencia, todos los miembros del hogar reciben alguna forma de asistencia pública o tienen un ingreso bruto mensual que no supere las directrices sobre el reverso de esta forma, y los miembros de mi hogar no han recibido alimentos TEFAP durante el mes en curso.

ENTIENDO que puedo ser procesado bajo las leyes actuales para la aceptación de los alimentos para los cuales no soy elegible y la comida recibida no puede ser vendida, intercambiado, o de otra manera desviada de mi uso doméstico.

El tamaño del hogar		Destinatario Nombre Impreso y Firma	Dirección, Ciudad y Código Postal	Número de teléfono	Fecha	Certification		
Adulto	Niño					Approved		Denied
						PA	AI	

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

El personal de la agencia deberá completar: “Nombre de Centro de Distribución”, “Mes y Año de Distribución” y certificar (marcando con una cruz “x”) si este hogar ha sido Aprobado para Asistencia Pública (PA, por sus siglas en inglés) Ingresos Aprobados (AI-, por sus siglas en inglés), o Denegado.

El encargado del hogar (o un representante autorizado) deberá firmar una línea en el frente de este formulario y completar lo siguiente: Número de personas en el hogar, dirección de calle, ciudad y fecha.

Un hogar podría cumplir con los requisitos de ingreso de TEFAP de cualquiera de las siguientes dos maneras:

1. Por participar en uno de estos programas de asistencia pública (PA).

<ul style="list-style-type: none"> • Programa Suplementario de Alimentos Básicos (CSFP) • SNAP (Anteriormente conocido como Estampillas de Alimentos) • Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LEAP) • Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) • Pensión de jubilación (OAP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia para Necesitados con Discapacidades (AND) • Asistencia para Invidentes (AB) • Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) • Niños en Hogares Transitorios Elegibles para Medicaid.
---	---

2. Si usted no participa en ninguno de los programas de asistencia pública mencionados anteriormente, usted deberá tener un ingreso bruto que no exceda el límite máximo de ingreso correspondiente a las personas en el hogar. (AI)

2020 Income Eligibility Guidelines

Household Size	Maximum Weekly Household Income	Maximum Monthly Household Income	Maximum Annual Household Income
1	\$490.77	\$2,126.67	\$25,520
2	\$663.08	\$2,873.33	\$34,480
3	\$835.38	\$3,620.00	\$43,440
4	\$1,007.69	\$4,366.67	\$52,400
5	\$1,180.00	\$5,113.33	\$61,360
6	\$1,352.31	\$5,860.00	\$70,320
7	\$1,524.62	\$6,606.67	\$79,280
8	\$1,696.92	\$7,353.33	\$88,240
Por cada miembro adicional en el hogar, agregue:	\$172.31	\$746.67	\$8,960

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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. 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.