

Oficina de Distribución de Alimentos

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

"Declaración Personal de Necesidad"

Efectivo desde el 1 de julio del 2021 al 30 de junio del 2022

Nombre del Recipiente _____

Firma de Representante de la Agencia _____ Fecha _____

Dirección _____

Nombre del Lugar de Distribución _____ Telefono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Localización del Lugar de distribución _____

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia es operado de acuerdo a las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Elegibilidad es basada segun la tasa de ingreso a continuación. El recipiente circulara la línea entera que aplica a su Tamaño de Familia, entendiendo que deben de estar en o por debajo del nivel del ingreso para ser elegible para el programa.

Ingreso total del Hogar (basado en un 150% de pobreza)				
Tamaño de familia (circule uno)		Anual	Mensual	Semanal
1	\$	19,320	\$ 1,610	\$ 372
2	\$	26,130	\$ 2,178	\$ 503
3	\$	32,940	\$ 2,745	\$ 633
4	\$	39,750	\$ 3,313	\$ 764
5	\$	46,560	\$ 3,880	\$ 895
6	\$	53,370	\$ 4,448	\$ 1,026
7	\$	60,180	\$ 5,015	\$ 1,157
8	\$	66,990	\$ 5,583	\$ 1,288
<i>Por cada miembro de familia adicional anade:</i>		\$ 6,810	\$ 567	\$ 131

Entiendo las limitaciones de ingreso del hogar y por la presente certifico que el tamaño de mi familia e ingresos me hacen elegible para participar en el programa. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en el área servida en Pennsylvania por El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia. Esta certificación esta siendo completada en conexión con la recibimiento de asistencia Federal.

ENTIENDO QUE HACIENDO FALSO TESTIMONIO PUEDE RESULTAR EN TENER QUE PAGAR EL VALOR DE LOS ALIMENTOS OBTENIDOS IMPROPIAMENTE Y PUEDE SER SUJETO A PERSECUCION BAJO LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

Firma del Recipiente _____

Fecha _____

 Devuelva el formulario a su agencia Condado designado. Si no esta seguro de la Agencia correcta, por favor llame la oficina al 1-800-468-2433.

ESTE FORMULARIO NO DEBE SER ALTERADO O MODIFICADO DE NINGUNA MANERA.

CONSULTE EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA UNA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN IMPORTANTE DEL USDA

USDA Nondiscrimination Statement

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
- (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.

USDA es un proveedor y empeador de igualdad de oportunidades.

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia Forma de Autorizacion Proxy para el programa TEFAP de Pennsylvania	
	Fecha _____
Yo _____ autorizo a, _____ para recoger mi paquete del alimento TEFAP para ser entregado a mí.	
Firma del cliente	Firma de proxy autorizado
Representante de la Despensa	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Identificación del proxy verifi

Fecha de Formulario Completado: _____

Revisado por:: _____

Información Actualizada en: _____

Revisado por:: _____

Contacto Primario del Hogar: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, indique el número total de personas en el hogar en las siguientes categorías de edad:

_____ 0 – 17 años de edad

_____ 18 – 59 años de edad

_____ 60+ años de edad

Primer Nombre

Fecha de Nacimiento

ID VERIFIED:

Registro de Distribución

Año: _____

(Actualize formulario para el hogar anualmente comenzando el 1 de Julio)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JUL																															
AGO																															
SEP																															
OCT																															
NOV																															
DIC																															
ENE																															
FEB																															
MAR																															
ABR																															
MAY																															
JUN																															

PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS
FORMULARIO DE REGISTRO DEL HOGAR

Estado de empleo de adultos en el hogar:

_____ Número EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO

_____ Número EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL

_____ Número JUBILADO/RETIRADO

Seleccione una de las siguientes:

_____ Hogar esta recibiendo los beneficios de Cupones para Alimentos

_____ Hogar no es elegible para los beneficios de Cupones para Alimentos

(Agencia: Por favor proveer la información de la Linea de Ayuda para Cupones de Alimentos del CPAFB a sus clientes. LLAMENOS HOY AL 1-877-999-5964)

Entiendo que estoy recibiendo estos alimentos a mi propio riesgo y no voy a sostener el Central Pennsylvania Food Bank o la agencia, miembro del Central Pennsylvania Food Bank responsable de cualquier razón o de cualquier alimento recibido a través de este programa de distribución de alimentos. Entiendo que no hay pagos o donaciones requeridas por los alimentos. Estoy de acuerdo en que no voy a vender o cambio de bienes o servicios de cualquier alimento que recibo.

Con mi firma, confirmo que toda la información registrada en este formulario es correcta y que si tengo alguna pregunta, ha sido contestada a mi satisfacción.

Por favor, firme arriba

No One Should Be Hungry

