



Niños (0-17) _____
 Adultos (18-59) _____
 Ancianos (60 o más) _____

Oficina de Distribución de Alimentos

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

"Declaración Personal de Necesidad"

Efectivo desde el 1 de julio del 2016 al 30 de junio del 2017

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 según la tasa de ingreso a continuación. El recipiente circulará la línea entera que aplica a su Tamaño de Familia, entendiéndose que deben 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	\$	17,820	\$ 1,485	\$ 343
2	\$	24,030	\$ 2,003	\$ 462
3	\$	30,240	\$ 2,520	\$ 582
4	\$	36,450	\$ 3,038	\$ 701
5	\$	42,660	\$ 3,555	\$ 820
6	\$	48,870	\$ 4,073	\$ 940
7	\$	55,095	\$ 4,591	\$ 1,060
8	\$	61,335	\$ 5,111	\$ 1,180
añade:	\$	6,240	\$ 520	\$ 120

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 completado a la agencia que se lo proveo.

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

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.

(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.

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

ntificacion del proxy verific