Niños (0-17) _____

Adultos (18-59) _____

Ancianos (60 o más) _____

pennsylvania
DEPARTMENT OF AGRICULTURE

Oficina de Distribución de Alimentos

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

"Declaración Personal de Necesidad"

Efectivo desde el 1 de julio del 2015 al 30 de junio del 2016

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 linea 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.

Tamaño de familia (circule uno)	Ingreso total del Hogar (basado en un 150% de pobreza) Anual	Mensual	Semanal
1	$ 17,655	$ 1,471	$ 340
2	$ 23,895	$ 1,991	$ 460
3	$ 30,135	$ 2,511	$ 580
4	$ 36,375	$ 3,031	$ 700
5	$ 42,615	$ 3,551	$ 820
6	$ 48,855	$ 4,071	$ 940
7	$ 55,095	$ 4,591	$ 1,060
8	$ 61,335	$ 5,111	$ 1,180
Por cada miembro de damilia adicional anade:	$ 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

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo en las bases de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde aplique, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o todo o parte del ingreso de un individuo que se deriva de cualquier programa de asistencia pública, o la información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea someter una Queja de Discriminación del Programa de Derechos Civiles, complete el formulario de Quejas de Discriminación de USDA programa, encontrado en el sitio web http://www.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para obtener el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completado o carta por correo a: US Departamento de Agricultura de Estados Unidos, Director, Office of Adjudication, 1400 Independencia Avenue, S.W., Washington, D.C. 2025-9410, por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del hablar pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión Federal Relay (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español).

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

_____ ☐ entificacion del proxy verifi

Representante de la Despensa