

Household Application for USDA Foods / Solicitud doméstica de los alimentos del USDA

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) / El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

Sites may request but must not require proof of information. / Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información.

Section 1 — Certification

Sección 1 — Certificación

By signing below, I certify that:

- (1) I am a member of the household living at the address provided in Section II and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;
- (2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and
- (3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Al firmar a continuación, certifico que:

- (1) soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da en la Sección II, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;
- (2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y
- (3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.

Signature of household member /

Firma del miembro de la unidad familiar _____

Date/Fecha _____

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online

at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html,

and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: 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; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

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.

Section 2 — Household Information

Sección 2 — Información de hogar

| | | |
|---|--|--|
| Name of household member /Nombre del miembro de la unidad familiar | | Number of household members / Número de miembros de la unidad familiar |
| Address (if available) /Dirección (si disponible) | | |
| Name of proxy /Nombre de apoderado | Address of proxy /Dirección de residencia del apoderado | |

Section 3 — Categorical Eligibility

Sección 3 — Elegibilidad Categórica

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) /Programa de ayuda suplemental de la nutrición |
| <input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF) /Asistencia temporal a familias necesitadas |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) /Seguridad de ingreso suplementario |
| <input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)/Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid /Medicaid |

Section 4 — Income Eligibility

Sección 4 — Elegibilidad de Ingresos

| | |
|---|--|
| Total gross income \$ _____ | Ingreso bruto total \$ _____ |
| _____ per year _____ per month _____ per week | _____ por año _____ por mes _____ por semana |

Section 5 — Household Crisis Eligibility

Sección 5 — Elegibilidad de Crisis del Hogar

| | |
|---|---|
| If household is eligible for crisis food need, document reason for crisis here. /Si el hogar es elegible para la crisis de alimentos necesidad, documenta el motivo de crisis aquí. | |
| Certification is up to six months. Contact TDA for approval of crisis food need for seven to twelve months. Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____ | La certificación es de hasta seis meses. Comuníquese con TDA para la aprobación de la crisis de alimentos necesidad de siete a doce meses. Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____ |

Section 6 — Eligibility or Ineligibility

Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Household is eligible. Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____ | <input type="checkbox"/> Hogar es elegible. Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____ |
| <input type="checkbox"/> Household is ineligible based on Sections 3 and 4. Complete Section 5 if necessary. | <input type="checkbox"/> El hogar no es elegible basado en las secciones 3 y 4. Completa la sección 5 si es necesario. |

Section 7 — Signature and date of CE or site staff

Sección 7 — Firma y fecha de CE o sitio personal

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Signature /Firma _____ | Date /Fecha _____ |
|-------------------------------|--------------------------|

| | |
|--|---|
| List School Children (Name, Age & Grade): | Number of Family Members within each age bracket below: 0-17 18-59 60+ _____ |
| | Phone Number(s): |