



The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Eligibility

(Elegibilidad para The Emergency Food Assistance Program (TEFAP))

| | |
|---------------------------|---|
| Nombre | Número de personas en su grupo familiar |
| Dirección física completa | |

La tabla a continuación muestra las pautas de ingreso bruto elegible (antes de impuestos) por tamaño de la familia. Si el ingreso de su grupo familiar se igual o inferior al nivel que se indica, considerando la cantidad de personas en su grupo familiar, usted es elegible.

Pautas de ingreso del TEFAP en vigencia del 1 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

| Tamaño del grupo familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Por cada miembro adicional del grupo familiar agregue: |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| Ingreso anual | 23,828 | 32,227 | 40,626 | 49,025 | 57,424 | 65,823 | 74,222 | 82,621 | +8,399 |
| Ingreso mensual | 1,986 | 2,686 | 3,386 | 4,086 | 4,786 | 5,486 | 6,186 | 6,886 | +700 |
| Semanal | 459 | 620 | 782 | 943 | 1,105 | 1,266 | 1,428 | 1,589 | +162 |

También es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su grupo familiar participa por lo menos en uno de los siguientes programas. Marque la casilla al lado del (los) programa(s) que recibe beneficios:

SNAP

Almuerzo gratis o a precio reducido

Por favor, lea detenidamente la siguiente declaración. Si está de acuerdo, firme y feche el formulario:

Certifico que mi ingreso bruto anual por grupo familiar es igual o inferior al indicado en este formulario con el mismo número de personas que mi grupo familiar, O que mi grupo familiar participa en el programa que he verificado en este formulario. También certifico que, al día de hoy, mi grupo familiar vive en Iowa. Este formulario de certificación se completa en relación con la asistencia federal a recibir. Entiendo que una vez que firme este formulario, supone que soy elegible para futuras distribuciones. Entiendo que es necesario informar al banco de alimentos público si mis ingresos aumentan con respecto a la cantidad de ingreso que figura de mi grupo familiar.

Los funcionarios del programa pueden comprobar la veracidad de lo que he certificado. Entiendo que hacer una declaración falsa podría resultar en tener que devolver al estado el valor de los alimentos que haya recibido de manera impropia y que puede someterme a un proceso de cargos criminales bajo las leyes estatales y federales.

Entiendo que la declaración antidiscriminatoria del Departamento de Agricultura (USDA) se encuentra al reverso de este formulario y que puedo solicitar una copia si así lo deseo.

| | |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, y empleados e instituciones que participen en los programas del USDA, o que administren los mismos, tienen estrictamente prohibido discriminar en función de raza, color, país de origen, sexo, discapacidad, edad, o tomar venganza o represalias por alguna actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.), deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades del habla pueden contactar al USDA a través del Federal Relay Service; para ello deben llamar al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede entregar en otros idiomas.

Para presentar una queja de discriminación contra el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/Complain_combined_6_8_12_508_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y provea toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA por:

Correo: U.S. Department of Agriculture,
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights,
1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410;
Fax: (202) 690-7442; o
Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Los alimentos del TEFAP se recibieron en la fecha certificada abajo.

| Nombre en letra de molde | Firma | Fecha |
|--------------------------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |