



The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Formulario de consumos individuales del cliente (anual)

Banco de alimentos: _____ Fecha: _____

Usted afirma lo siguiente:

1. Su nombre y el número de integrantes del hogar que proporciona son correctos.
2. La dirección que proporciona es correcta (clientes nuevos) o indica los cambios de dirección (clientes recurrentes); si es una persona sin hogar, puede indicarlo en lugar de la dirección.
3. Reside dentro del estado y el área de servicio de la organización (no hay una duración mínima de residencia requerida).
4. Sus ingresos están dentro del 400 %, de acuerdo con las pautas federales de pobreza (a continuación).
5. Acepta que los alimentos del Emergency Food Assistance Program (TEFAP, Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia) están destinados solo para consumo doméstico y no se venderán, comercializarán ni intercambiarán.
6. No recibirá productos básicos del TEFAP de parte de otra organización.

No se le negarán los alimentos del TEFAP si se opone a divulgar cualquier tipo de información que no sea un requisito para el TEFAP.

No **necesitará** proporcionar nunca su número de seguridad social ni comprobante de ciudadanía.

No **necesitará** proporcionar nunca un comprobante de ingresos.

No **necesitará** proporcionar nunca un comprobante del número de integrantes del hogar.

Número de integrantes del hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso dos veces por mes	Ingreso cada dos semanas	Ingreso semanal
1	\$51,040	\$4,253	\$2,127	\$1,963	\$982
2	\$68,960	\$5,747	\$2,873	\$2,652	\$1,326
3	\$86,880	\$7,240	\$3,620	\$3,342	\$1,671
4	\$104,800	\$8,733	\$4,367	\$4,031	\$2,015
5	\$122,720	\$10,227	\$5,113	\$4,720	\$2,360
6	\$140,640	\$11,720	\$5,860	\$5,409	\$2,705
7	\$158,560	\$13,213	\$6,607	\$6,098	\$3,049
8	\$176,480	\$14,707	\$7,353	\$6,788	\$3,394
Por cada miembro adicional de la familia, agregue:	\$17,920	\$1,493	\$747	\$689	\$345

En vigencia desde julio de 2020 hasta la notificación de las pautas de ingresos para el año 2021

*** Declaración de no discriminación del United States Department of Agriculture (USDA, Departamento de Agricultura de los Estados Unidos)**

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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 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:

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Nombre en letra de imprenta	Firma (opcional)	
Dirección **	Ciudad, estado, código postal **	Número de integrantes del hogar **

** Puede disponer de una copia de la Declaración de no discriminación del USDA si la solicita.

** Si su información cambia, notifique de inmediato a esta organización.