# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

## *SOLICITUD DOMÉSTICA DE LOS ALIMENTOS DEL USDA*

*Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información. Se requiere una identificación solo para una recogida de un apoderado (ver más adelante).*

Nombre del miembro de la unidad familiar: _____

Número de gente en el hogar: _____ Fecha de nacimiento*:_____

Dirección: _____Ciudad_____Codigo Postal_____

Número de teléfono*:_____

**El participante recibirá alimentos del USDA a través de TEFAP, incluso si el participante se niega a proporcionar su fecha de nacimiento o número de teléfono.*

Nombre del apoderado (si procede): _____

Dirección del apoderado: _____Cuidad_____Codigo Postal_____

Esta persona se autoriza a recoger comida en nombre del hogar elegible. El apoderado siempre tiene que mostrar una identificación cuando recojan en nombre del hogar elegible.

**Si el hogar recibe otro tipo de asistencia, marque la(s) opción(es) apropiada(s) abajo y salte las secciones de ingresos y situaciones de crisis.**

___ Programa de ayuda suplementaria de la nutrición (SNAP)
___ Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF)
___ Seguridad de ingreso suplementario (SSI)
___ Medicaid
___ Programa nacional de almuerzos escolares (NSLP) (comidas gratis o a precio reducido)

Ingreso bruto total y la frecuencia de recibirlo: $ _____ por _____

**Cuadro Federal de Elegibilidad Según los Ingresos**

*1 de julio de 2023 – 30 de junio de 2024*

| Tamaño del hogar | Anual | Mensual | Dos veces al mes | Cada dos Semanas | Semanal |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | $26,973 | $2,248 | $1,124 | $1,038 | $519 |
| 2 | $36,482 | $3,041 | $1,521 | $1,404 | $702 |
| 3 | $45,991 | $3,833 | $1,917 | $1,769 | $885 |
| 4 | $55,500 | $4,625 | $2,313 | $2,135 | $1,068 |
| 5 | $65,009 | $5,418 | $2,709 | $2,501 | $1,251 |
| 6 | $74,518 | $6,210 | $3,105 | $2,867 | $1,434 |
| 7 | $84,027 | $7,003 | $3,502 | $3,232 | $1,616 |
| 8 | $93,536 | $7,795 | $3,898 | $3,598 | $1,799 |
| Cada persona adicional: | +$9,509 | +$793 | +$397 | +$366 | +$183 |

**CONTESTE SÓLO SI su hogar no recibe una de las formas de ayuda del gobierno enumeradas más arriba Y su ingreso no es más bajo de las cifras establecidas por USDA: ¿Hay una situación de crisis que provoca que Ud. necesite la asistencia de comida?**

O Si O No

Si contestó sí, por favor explique: _____

*Período de certificación dura hasta doce meses. Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis, período de certificación dura hasta seis meses. Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar la necesidad de alimentos por crisis por siete a doce meses.*

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

## *SOLICITUD DOMÉSTICA DE LOS ALIMENTOS DEL USDA*

Al firmar a continuación, certifico que:

1. soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da más arriba, 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.

**INTAKE STAFF OR VOLUNTEER ONLY/*SOLO PARA PERSONAL/VOLUNTARIO*:**

**USDA Certification Period/*Duración de la certificación del USDA*:**____ /____ / _____ to ____ /____ / _____

**Certifier's Signature/*Firma del certificador*:** _____ **Date/*Fecha*:** _____/_____/_____

Household is eligible based on the following (check appropriate option) *El hogar es elegible basado en lo siguiente (marque la opción apropiada):*
O Receives government assistance listed above/*Recibe asistencia del gobierno listada arriba*
O Low income/*Bajos ingresos* O Crisis food need/*Necesitad de alimentos por una crisis*

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: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad3027.pdf 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.*