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 2023 al 30 de junio del 2024

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 185% de pobreza) Anual	Mensual	Semanal
1	$ 26,973	$ 2,248	$ 519
2	$ 36,482	$ 3,040	$ 702
3	$ 45,991	$ 3,833	$ 884
4	$ 55,500	$ 4,625	$ 1,067
5	$ 65,009	$ 5,417	$ 1,250
6	$ 74,518	$ 6,210	$ 1,433
7	$ 84,027	$ 7,002	$ 1,616
8	$ 93,536	$ 7,795	$ 1,799
Por cada miembro de damilia adicional anade:	$ 9,509	$ 728	$ 183

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 a su agencia Condado designado. Si no esta seguro de la Agencia correcta, por favor llame la oficina al 1-800-468-2433.

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

USDA Nondiscrimination Statement

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

(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.

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

_____ ☐ Identificacion del proxy verifica
Representante de la Despensa