

**EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA (TEFAP)
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR COMIDA A CASA**

7 CFR 251

INFORMACIÓN EN NEGRITA ES OBLIGATORIA

Nombre: _____

Número de Personas en el Hogar: _____

Condado: _____

Código Postal: _____

Si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los ingresos indicados para el número de personas en su hogar, usted es elegible para recibir alimentos. Pautas de elegibilidad de ingresos para TEFAP - 2025

Tamaño del hogar	Ingresos Anuales	Ingresos Mensuales	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Ingresos semanales
1	\$46,950	\$3,913	\$1,956	\$1,806	\$903
2	\$63,450	\$5,288	\$2,644	\$2,440	\$1,220
3	\$79,950	\$6,663	\$3,331	\$3,075	\$1,538
4	\$96,450	\$8,038	\$4,019	\$3,710	\$1,855
5	\$112,950	\$9,413	\$4,706	\$4,344	\$2,172
6	\$129,450	\$10,788	\$5,394	\$4,979	\$2,489
7	\$145,950	\$12,163	\$6,081	\$5,613	\$2,807
8	\$162,450	\$13,538	\$6,769	\$6,248	\$3,124
Por cada miembro adicional de la familia, agregue:	\$16,500	\$1,375	\$688	\$635	\$317

Usted es elegible para recibir alimentos de TEFAP si su hogar cumple con las pautas de ingresos mencionadas anteriormente o participa en cualquiera de los siguientes programas. Coloque una marca de verificación en el espacio junto a la categoría que corresponda.

- _____ Elegibilidad de ingresos
_____ Supplemental Programa de Asistencia Nutricional (SNAP) (también conocido como Cupones de Alimentos)
_____ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)
_____ Ingresos de seguridad suplementarios (SSI)
_____ Medicaid

☐ El personal de la Agencia Distribuidora Local debe marcar esta casilla, después de que el solicitante haya leído la siguiente declaración de certificación:

Certifico, mediante mi autocertificación, que el ingreso bruto anual de mi hogar es igual o inferior al ingreso indicado en este formulario para hogares con el mismo número de personas O que participo en los programas que he verificado en este formulario. También certifico que, a día de hoy, resido en el Estado de Florida. Esta certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Entiendo que hacer una certificación falsa puede resultar en tener que pagar a la agencia estatal por el valor de los alimentos que se me emitieron incorrectamente y puede someterme a un enjuiciamiento civil o penal según las leyes estatales y federales.

OPCIONAL: Autorizo a _____ a recoger alimentos del USDA en mi nombre.

Cualquier cambio en las circunstancias del hogar debe ser reportado a la agencia distribuidora de inmediato.

CONSULTE EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL Y LA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA. LA INFORMACIÓN ADICIONAL NO ES PARTE DE TEFAP Y NO ESTÁ APROBADA POR EL USDA Y EL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA Y SERVICIOS AL CONSUMIDOR DE FLORIDA. PROPORCIONAR INFORMACIÓN ADICIONAL NO ES UNA CONDICIÓN PARA RECIBIR ALIMENTOS DEL USDA.

"De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles".

La información sobre el programa puede estar disponible en idiomas distintos del Inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe cumplimentar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, a través de cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 cumplimentado o la carta deben enviarse al USDA antes del:

1. **correo:**

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

2. **fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. **correo electrónico:**

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON OPCIONALES:

Favor indicar el grupo de edad de los miembros de su hogar:

Bebé (0-4 mo.): _____ Niño pequeño (5 mo.-3 yr.): _____ Pre-K (3-12.5 yr.): _____
Adolescente: (12-17 yr.): _____ Adulto (18-54.5r.): _____ Senior (55+ yr.): _____

¿Es el solicitante o alguien en el hogar un veteran o miembro active de las fuerzas armadas:

Sí: _____ No: _____ Servicio Activo: _____

¿Está usted empleado en la actualidad? Yes: _____ No: _____

Tiempo Parcial: _____ Tiempo Completo: _____ Temporario: _____ Deshabilitado: _____

¿Usted poseé, renta o vive con familiares?

Dueño: _____ Arrendatario: _____ Vive con familiares: _____ Otro: _____

¿Cuál es su nivel de educación?

Algo de High School: _____ High School/GED: _____ Algo de College: _____ Vocacional: _____
Licenciatura: _____ Maestría: _____ Doctorado: _____