

El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP) Autodeclaración de ingresos

Agencia: _____

Fecha: _____

Usted mismo declara que:

1. Su nombre y el tamaño de su hogar proporcionado es correcto.
2. Reside dentro del área geográfica del servicio de esta agencia. área (no se requiere una duración mínima de residencia).
3. Su ingreso está dentro del 185% de las Pautas Federales de Pobreza (a continuación).
4. Acepta que los alimentos TEFAP son solo para consumo doméstico y no se venderá, intercambiará ni intercambiará.

** Este formulario es válido hasta un año a partir de la fecha de firma o hasta que se actualicen las Pautas de elegibilidad de ingresos de TEFAP.

Tamaño del hogar	Ingresos anuales	Ingreso Mensual	Ingresos semanales
1	\$28,953	\$2,413	\$557
2	\$39,128	\$3,261	\$753
3	\$49,303	\$4,109	\$949
4	\$59,478	\$4,957	\$1,144
5	\$69,653	\$5,805	\$1,340
6	\$79,828	\$6,653	\$1,536
7	\$90,003	\$7,501	\$1,731
8	\$100,178	\$8,349	\$1,927
Para cada miembro adicional del hogar agregar:	\$10,175	\$848	\$196

Imprimir nombre: _____

Información opcional: _____

Dirección: _____

Edades de los miembros del hogar (0-17): _____ **(18-**

59): _____ **(60+):** _____

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: [How to File a 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:

- (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.