

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA (TEFAP)
CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR ALIMENTOS A LA CASA**

7 CFR 251

Nombre: _____
Address (Opcional): _____
County: _____

Número de individuos en la casa: _____
Número de niños menores 18 años: _____
Número de individuos mayor 60 años: _____
Número de Veteranos en la casa: _____

La siguiente tabla le ayudará a determinar su elegibilidad de acuerdo a su ingreso y a su composición familiar. Si el ingreso de su hogar está al nivel o por debajo del nivel indicado, de acuerdo al número de miembros en su familia, es elegible para recibir alimentos. **La tabla de abajo es efectiva desde el 1 Julio 2025 – 30 Junio 2026.**

Tamaño del hogar	Ingresos anuales	Mensual Ingresos	Dos veces por Mes	Cada dos Semanas	Ingresos semanales
1	\$27,861	\$2,322	\$1,161	\$1,072	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$1,576	\$1,455	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$1,991	\$1,838	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$2,405	\$2,220	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$2,820	\$2,603	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$3,235	\$2,986	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$3,650	\$3,369	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$4,064	\$3,752	\$1,876
Por cada familia adicional miembro agregar:	\$9,953	\$830	\$415	\$383	\$192

La tabla indica la cantidad de ingresos para ser considerado elegible; ya sean ingresos mensuales, ingresos recibidos dos veces al mes (24 pagos al año), ingresos recibidos cada dos semanas (26 pagos al año), o ingresos semanales.

Es elegible para recibir alimentos según su ingreso familiar, o si su familia recibe ayuda de cualquiera de los siguientes programas:

- _____ Elegibilidad por ingreso
- _____ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) fka Food Stamps/Cupones de alimentos
- _____ Asistencia Temporal a Familias de Necesidad (TANF)
- _____ Ingreso Suplementario (SSI)
- _____ Medicaid

Favor de leer cuidadosamente la siguiente declaración, firmar este formulario, y añadir la fecha. El requisito para ser elegible para recibir la ayuda de alimentos TEFAP es que cumpla con al menos uno de los requisitos antes mencionados.

Certifico que el ingreso de mi núcleo familiar está al nivel, o por debajo del nivel de ingreso, de acuerdo al número de miembros en mi núcleo familiar, ya establecido; o que recibo ayuda de alguno de los programas de asistencia indicados anteriormente. Además, certifico que en este momento resido en el estado de la Alabama. Cualquiera de sus oficiales puede verificar que lo declarado en esta forma es correcto. Entiendo que si hago una declaración falsa en cuanto a la información arriba provista, puede resultar en tener que pagar a la agencia del estado el valor de los alimentos recibidos inapropiadamente, y puede resultar en un delito bajo las leyes del estado y las leyes federales.

NOMBRE (Firma)

FECHA

Individuo designado para firmar en nombre del cliente o su representante designado.

NOMBRE (Firma)

FECHA

Esta certificación es válida por un año y puede ser renovada si las circunstancias cambian.

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

“De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos 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 (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener la información del 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 queja por discriminación en el programa, el demandante debe llenar el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, 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>, en 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 denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con el suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser presentados 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; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

SIGNATURE FORM
For use with USDA Self-Declaration Form

You may attach this form to the current USDA Self-Declaration Form. EACH TIME a client receives USDA commodities from you, please have them verify to you that all information on the Self-Declaration Form is still correct, then have them sign and date below.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha