

# PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA (TEFAP) CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_ Número de agencia \_\_\_\_\_  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/ Condado:** \_\_\_\_\_  
**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Niños (0-17)** \_\_\_\_ **Adultos (18-59)** \_\_\_\_ **Personas Mayores (60+)** \_\_\_\_ **Número de personas en el hogar** \_\_\_\_

**Usted es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su hogar participa en alguno de los siguientes programas.** Coloque una marca de verificación en el espacio junto a la categoría que corresponde. (Solicitud de firma y fecha)

\_\_\_\_\_ Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) (Cupones de Alimentos)  
\_\_\_\_\_ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)

**Usted es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su hogar cumple con las pautas de ingresos además de participar en el Programa de Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o Medicaid.** Coloque una marca de verificación en el espacio al lado de la categoría que corresponda e incluya los ingresos. (Solicitud de firma y fecha)

\_\_\_\_\_ Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) \_\_\_\_\_ Ingreso Total de la Vivienda  
\_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Ingreso Total de la Vivienda

**Usted es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su hogar cumple con las pautas de ingresos.** Coloque la cantidad total de ingresos del hogar en el espacio al lado de lo que corresponde. (Solicitud de firma y fecha)

\_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Anual

**Lea atentamente la siguiente declaración y luego firme el formulario y escriba la fecha de hoy. Solo necesita cumplir uno de estos requisitos para ser elegible para recibir alimentos del TEFAP.**

*Certifico que el ingreso total anual de mi hogar es igual o inferior al ingreso de los hogares con la misma cantidad de personas **O** que participo en los programas que he marcado en este formulario. También certifico que, a partir de hoy, resido en el estado de Virginia. Esta certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar que lo que declaré es verdadero. Entiendo que hacer una declaración falsa puede resultar en tener que pagarle a la agencia estatal el valor de los alimentos que se me emitieron incorrectamente y puede someterme a un enjuiciamiento civil o penal en virtud de la ley estatal y federal.*

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

ESTA CERTIFICACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERÍODO DE UN AÑO y puede renovarse según sea necesario. Cualquier cambio en las circunstancias del hogar debe ser reportado a la agencia distribuidora de inmediato. Usted puede recibir alimentos TEFAP hasta una vez a la semana

**OPCIONAL:** I autorizo \_\_\_\_\_ a recoger alimentos del TEFAP en mi nombre.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, en su caso, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o si todo o una parte de los ingresos de una persona se derivan de algún programa de asistencia pública o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas y / o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja de discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del TEFAP, que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario o carta de queja completa por correo a la siguiente dirección:

1. US Department of Agriculture  
Director, Office of Adjudication  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20250-9410
2. por fax (202) 690-7442
3. o por correo electrónico al

Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Julio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Agosto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Septiembre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Octubre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Noviembre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Diciembre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Enero \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Febrero \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Marzo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Abril \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Mayo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_

Junio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apoderado \_\_\_\_\_