

El Programa De Emergencia Para La Asistencia De Comida (TEFAP)
Formulario De Elegibilidad Requerido por
United States Department of Agriculture (USDA)
Christian Cupboard Emergency Food Shelf

Nombre: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono Residencial: _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Numero De Personas En Su Casa: _____ Cant. Adultos: _____ Cant. Niños: _____

Yo soy elegible para recibir TEFAP artículos de comida porque yo soy un residente de Minnesota, Y yo recibo O participo en los siguientes servicios y programas, O porque mis ingresos son del nivel De 200% O menos de las guías federales de pobreza.

*Elegibilidad es concedida a todas las personas en situaciones de emergencia y aflijidas por desastres.

Por favor verifique el O los programas en los cuales usted participa:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MFIP – Minnesota Family Investment Program | <input type="checkbox"/> Child Care Assistance |
| <input type="checkbox"/> GA – General Assistance | <input type="checkbox"/> Head Start |
| <input type="checkbox"/> SNAP – Supplemental Nutritional Assistance Program | <input type="checkbox"/> Section 8 |
| <input type="checkbox"/> NAPS – Nutritional Assistance Program for Seniors | <input type="checkbox"/> Public Housing |
| <input type="checkbox"/> WIC – Women, Infants, and Children | <input type="checkbox"/> Energy Assistance |
| <input type="checkbox"/> Free and reduced breakfast and lunch | <input type="checkbox"/> Weatherization |

Eligibilidad de ingresos: (200% de las guías federales de la pobreza)

Numero de Familia	Ingresos Anuales
Uno	\$0 - \$23,760
Dos	\$23,761 - \$32,040
Tres	\$32,041 - \$40,320
Cuatro	\$40,321 - \$48,600
Cinco	\$48,601 - \$56,880
Seis	\$56,881 - \$65,160
Siete	\$65,161 - \$73,460
Ocho	\$73,461 - \$81,780

Agríe \$8,320 de ingresos permitidos por cada miembro de familia adicional.

Firma

Fecha

Conforme a las leyes federales y a los derechos civiles, reglamentos y políticas del Department de Agricultura de los Estados Unidos se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, convicciones politicans o reprimir o tomar represalias por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles.

Para presentar una queja por alegada discriminación, complete el formulario de quejas por discriminación del programa del USDA, AD-3027, que podrá encontrar en

http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Complaint_6_8_12_0.pdf o en cualquier oficina del USDA o escribe una carta dirigida al USDA e incluya en esta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de presentación de quejas, comuníquese al (866) 632-9992. Envíe u formulario complete o carta complete al USDA por: correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410; fax (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Comunicado de responsabilidad y privacidad de CCEFS

Lea y coloque sus iniciales en cada renglón. El funcionario encargado de las admisiones responderá todas las preguntas que tenga.

Nombre: _____

_____ Acepto los alimentos tal como están.

_____ Eximo tanto al donante original como a CCEFS de cualquier responsabilidad resultante a partir del estado de los alimentos donados, y acepto exonerar de manera indemne a CCEFS y al donante original de cualquier responsabilidad, daño, pérdida, reclamo y causa de acción o denuncia o equidad sobre cualquier obligación que surja o esté atribuida a cualquier acción del personal relacionado con el almacenamiento y el uso de los alimentos donados.

_____ No otorgaré ni ofreceré los alimentos mencionados para la venta ni los usaré como forma de trueque. Comprendo que si decido en algún momento usar los servicios en cualquier otro expendedor de alimentos, ya no podré usar los servicios de CCEFS.

_____ Autorizo a CCEFS a comunicarse conmigo mediante mi dirección, dirección de correo electrónico o número de teléfono celular. Comprendo que no necesito autorizar a CCEFS para enviarme correo, correo electrónico o mensajes de texto para recibir apoyo alimenticio por parte de CCEFS.

_____ Si actualmente no recibo servicios para los que soy elegible, autorizo a CCEFS a compartir la información contenida en mi TEFAP con terceros, de manera que puedan comunicarse conmigo en relación a dichos servicios. Comprendo que no debo colocar mis iniciales aquí para recibir apoyo alimenticio por parte de CCEFS. De lo contrario, toda la información del TEFAP será estrictamente confidencial.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Las siguientes preguntas nos ayudan a comprender quiénes son nuestros clientes. Toda la información será estrictamente confidencial.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de mejor manera sus antecedentes étnicos o raciales? Elija todo lo que corresponda.

- Negro, afroamericano o afrocaribeño
- Hispano o latino
- Asiático
- Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico
- Blanco/caucásico
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Otro: _____

¿Cómo supo acerca de nosotros?

- Folleto o volante
- Amigo o familiar
- Trabajador social
- Sitio web de CCEFS
- Escuela
- Iglesia
- Centro comunitario
- Referencias del programa
- Evento (desfile, picnic, evento de la comunidad, etc.)
- Lo trajeron hasta aquí
-
- Otro: _____