

**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	Numero de Familia	Ingresos Anuales
Uno	\$0 - \$24,120	Cinco	\$49,201 - \$57,560
Dos	\$24,121 - \$32,480	Seis	\$57,561 - \$65,920
Tres	\$32,481 - \$40,840	Siete	\$65,921 - \$74,280
Cuatro	\$40,841 - \$49,200	Ocho	\$74,281 - \$82,640

Agriega \$8,360 de ingresos permitidos por cada miembro de familia adicional.

Firma

Fecha

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:

http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, 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:

correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que 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?

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