

**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: _____

Direccion: _____

Yo soy elegible para recibir TEFAP articulos 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 guias federales de pobreza.

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

OPCIONAL: 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 guias federales de la pobreza)

Numero de Familia	Ingresos Anuales
Uno	\$0 - \$24,280
Dos	\$24,281 - \$32,920
Tres	\$32,921 - \$41,560
Cuatro	\$41,561 - \$50,200
Cinco	\$50,201 - \$58,840
Seis	\$58,841 - \$67,480
Siete	\$67,481 - \$76,120
Ocho	\$76,121 - \$84,760

Agriega \$8,640 de ingresos permitidos por cada miembro de familia adicional.

Número de personas en el hogar: <input type="checkbox"/> Niños edades 0-17 <input type="checkbox"/> Adultos edades 18-64 <input type="checkbox"/> Mayores de 65+

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.

**Aviso de privacidad de datos/Advertencia de Tennesen
(Nombre del expendedor de alimentos)**

Usted tiene derechos que le otorga la Ley de Prácticas de Datos del Gobierno de Minnesota. Esta ley protege su privacidad. Estamos solicitando información para poder: diferenciarlo de otras personas que tengan un nombre similar y decidir cómo proporcionarle un mejor servicio.

En general, usted no tiene la obligación de proporcionarnos la información. Sin embargo, si ella, no podremos informar estadísticas precisas que afecten al financiamiento. La ley nos permite compartir su información (la cantidad de hijos, adultos y ancianos en su hogar y la cantidad de libras de alimentos recibidos) con el personal del Departamento de Servicios Humanos, Hunger Solutions Minnesota, Second Harvest Heartland y otras entidades autorizadas para ver su información de manera de poder realizar el trabajo.

También tiene el derecho de solicitar copias de la información que poseemos sobre usted. Si no comprende la información, podemos explicársela. Si cree que la información no es precisa o está incompleta, corríjala con el personal del expendedor de alimentos.

Comprendo que este aviso de privacidad de datos caducará en el plazo de un (1) año a partir de la fecha en que lo recibí.

Firma

Fecha

Permiso para que otra persona recoja mis alimentos:

Si tiene dificultades para recoger los alimentos del expendedor de alimentos, tiene la opción de seleccionar a otra persona para que lo haga por usted.

Yo, _____ (nombre del participante) otorgo permiso a

_____ (nombre) para recoger mis alimentos.

Comprendo que tengo los siguientes derechos:

- Cambiar a la persona que recoge mis alimentos. Deberé completar un nuevo formulario cuando realice cambios.
- Permitir que el personal del expendedor de alimentos sepa si deseo cancelar mi permiso.

Firma

Fecha
