



# Household Application for USDA Foods North Texas Food Bank Intake Form

Solo la informacion en este formulario es necesaria para recibir los alimentos del USDA a traves TEFAP

## Seccion 1 – Solicitud (debe llenarla un miembro de la unidad familiar)

*Al firmar a continuacion, certifico que:*

1. Soy miembro de la unidad familiar que vive en la direccion que se da en la Seccion 2, y que solicito en nombre de la unidad familiar los domestica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia
2. Toda la informacion que le he dado al departamento que determinara si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta, y
3. Si es pertinente, la informacion presentada por el Representante Autorizado de la unidad familiar (como se asigna abajo o como se autoriza en otra hoja) tambien es verdadera y correcta a mi leal saber y entender

Firma del miembro de la unidad familiar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de proxy (persona con autoridad para actuar en nombre de la familia) (opcional)

\_\_\_\_\_

Seccion 2 – Informacion de hogar(debe ser completado por el meimbro del hogar, proxy,o la agencia recipiente que es determinar la elegibilidad)

Nombre del miembro de la unidad familiar \_\_\_\_\_

Direccion residencial (si disponible) \_\_\_\_\_

El total de miembros de la unidad familiar \_\_\_\_\_

Si el hogar recibe otro tipo de asistencia, marque la opcion(es) apropiada abajo. Ninguna prueba es necesaria.

\_\_\_ Programa de ayuda suplemental de la nutricion (SNAP)

\_\_\_ Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF)

\_\_\_ Seguridad de ingreso suplementario (SSI)

\_\_\_ Programa nacional de almuerzos escolares (NSLP)

\_\_\_ Medicaid

El ingreso bruto total\* (la cantidad antes de deducciones) de todos los miembros del hogar. Opcional si la casa recibe otra ayuda

\$ \_\_\_\_\_ por ano \_\_\_\_\_ por mes \_\_\_\_\_ por semana

\*Los agricultores y los trabajadores autonomos pueden reportar beneficios netos (la cantidad despues de los gastos de negocio).

## Seccion 3 – Documentacion de la Agencia Recipiente (debe ser completado por la agencia recipiente)

\_\_\_ El hogar es elegible basado en lo siguiente:

\_\_\_ Bajos ingresos    \_\_\_ SNAP    \_\_\_ SSI    \_\_\_ Medicaid

\_\_\_ NSLP    \_\_\_ TANF    \_\_\_ Necesidad de alimentos por crisis

\_\_\_ El hogar es ineligibile (Explique la razon de ineligibilidad en el cuadro de comentarios.)

Periodo de certification dura hasta doce meses. Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis (seccion 4), periodo de certification dura hasta seis meses. Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar la necesidad de alimentos por crisis por siete a doce meses.

**Provea la duracion del periodo de certificacion si el hogar es elegible.**

**Inicio (mes/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Final (mes/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Seccion 4 – Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis (debe ser completado por la agencia recipiente solo si se determina que el hogar es elegible basandose en la informacion de la seccion 2)**

**Necesita temporalmente el hogar asistencia alimentaria por crisis?**

\_\_\_\_ Si    \_\_\_\_ No

***Si marco si, documente la razon por el crisis en el cuadro de comentarios.***

**Comentarios** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del funcionario de la agencia recipiente** \_\_\_\_\_ **Fecha**  
\_\_\_\_\_

Cláusula de exención de derechos civiles 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.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) 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: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**La informacion opcional siguiente es solo para uso interno y no es necesaria para determinar la elegibilidad para alimentos del USDA.**

**Numero de miembros del hogar por grupos de edad:**

**Ninos (0-17) \_\_\_\_**

**Adultos (18-59) \_\_\_\_**

**Adultos mayores (60+) \_\_\_\_**