

FORMA DE ELEGIBILIDAD PARA TEFAP - CLIENTES ENFERMOS o RECLUIDOS Octubre 2016–Septiembre 2017

**Wake County
residents only**

Las siguientes personas tienen autoridad para recoger mis alimentos:

1. _____ 2. _____

Firma de persona recogiendo alimentos: _____
(Firma) (Fecha)

Nota: Los siguiente puede ser leído a personas que no saben leer. La gente que es incapaz de firmar su nombre puede firmar usando un X.

Nombre: _____

Número de personas en el hogar: _____

Dirección: _____

Condado: _____

La tabla abajo muestra los ingresos gruesos anuales para cada tamaño de familia. Si sus ingresos de hogar **están en o debajo** los ingresos en la tabla para el número de personas en su hogar, usted es elegible para recibir los alimentos. Un hogar es definido como un grupo de personas que viven juntos y comparten dinero y otros recursos a fin de conseguir el alimento. Por favor mire la escala de ingresos abajo para determinar si su hogar es elegible para TEFAP.

O
Si usted participa en el programa de estampillas de alimentos, usted es automáticamente elegible para recibir TEFAP y no tiene que mirar la escala de ingresos.

Firma del Respreseante de la Agencia: _____ **Fecha:** _____

<u>Efectivo desde 1 de Octubre 2016 hasta de Septiembre de 2017</u>			
(Los ingresos gruesos tienen que estar en o abajo para el tamaño apropiado del hogar.)			
TAMAÑO DE HOGAR	POR AÑO	POR MES	POR SEMANA
1	\$23,760	\$1,980	\$457
2	\$32,040	\$2,670	\$616
3	\$40,320	\$3,360	\$775
4	\$48,600	\$4,050	\$935
5	\$56,880	\$4,740	\$1,094
6	\$65,160	\$5,430	\$1,253
7	\$73,464	\$6,122	\$1,413
8	\$81,792	\$6,816	\$1,573
CADA MIEMBRO ADICIONAL EN EL HOGAR	\$8,328	\$694	\$160

Por favor de proveer el ingreso del hogar en una de las líneas abajos.

Por Año \$ _____ . ____

Por Mes \$ _____ . ____

Por Semana \$ _____ . ____

Por favor lea la declaración siguiente con cuidado, luego firme la forma y escriba la fecha de hoy.
Entiendo que cualquier falsificación de necesidad, venta, o mal uso de la comida que he recibido es prohibida y podría causar multas, el encarcelamiento, o ambos. (Sec. 211 E, PL 960494 y Sec. 4C, PL 93-86, según enmendado.)

(Firma)

(Fecha)

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y según corresponda, convicciones políticas, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicaran a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en 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 con toda la información solicitada. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U. S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

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