

**El Programa De Emergencia Para La Asistencia De Comida (TEFAP)
Formulario De Elegibilidad Requerido por
United States Department of Agriculture (USDA)**

(Nombre Del Estante De Comida/Food Shelf Name)

Nombre: _____

Direccion: _____

Número de personas en el hogar: _____ **Niños edades 0-17** _____ **Adultos edades 18-64** _____ **Mayores de 65+**

Yo soy elegible para recibir TEFAP comida porque vivo en Minnesota o porque mis ingresos son del nivel De 300% O menos de las guias federales de pobreza. Yo soy elegible si yo recibo O participo en los siguientes servicios y programas,

OPCIONAL: Por favor verifique 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"/> CSFP - Commodity Supplemental Food Program | <input type="checkbox"/> Public Housing |
| <input type="checkbox"/> WIC – Women, Infants, and Children | <input type="checkbox"/> Energy Assistance |

Eligibilidad de ingresos: (300% de las guias federales de la pobreza)

| Income Eligibility: (300% of Federal Poverty Guidelines) | | | |
|---|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Numero de Familia | Ingresos Anuales | Numero de Familia | Ingresos Anuales |
| Uno | \$0 - \$43,740 | Cinco | \$90,001 - \$105,420 |
| Dos | \$43,741 - \$59,160 | Seis | \$105,421 - \$120,840 |
| Tres | \$59,161 - \$74,580 | Siete | \$120,841 - \$136,260 |
| Cuatro | \$74,581 - \$90,000 | Ocho | \$136,261 - \$151,680 |
| Agríeque \$5140 ingresos permitidos por cada miembro de familia adicional | | | |

Aviso de privacidad de datos/Advertencia de Tennessee

Usted tiene derechos bajo la ley de prácticas de datos del gobierno de Minnesota. Esta ley protege su privacidad. Estamos pidiendo información para que podamos: decirle aparte de otras personas con un nombre similar y decidir cómo servirle mejor.

Por lo general, no está obligado a darnos la información. Sin embargo, sin ella, no podemos reportar estadísticas precisas que afecten a la financiación. La ley nos permite compartir su información (el número de niños, adultos y ancianos en su hogar y el número de libras de alimentos recibidos) con personal del Departamento de servicios humanos, Hunger Solutions Minnesota, y su banco de alimentos regional.

También tiene derecho a copias de la información que tenemos sobre usted. Si usted no entiende la información, puede explicarse a usted. Si usted no piensa que la información es exacta o completa, por favor corrígla con el personal de la estantería de alimentos.

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.

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.

Firma

Fecha