

PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA (TEFAP) CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Nombre de la agencia _____ Número de agencia _____
Nombre: _____ **Número de teléfono:** _____
Dirección: _____ **Ciudad/ Condado:** _____
Estado: _____ **Código postal:** _____
Niños (0-17) ____ **Adultos (18-59)** ____ **Personas Mayores (60+)** ____ **Número de personas en el hogar** ____

Usted es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su hogar participa en alguno de los siguientes programas. Coloque una marca de verificación en el espacio junto a la categoría que corresponde. (Solicitud de firma y fecha)

_____ Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) (Cupones de Alimentos)
_____ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)

Usted es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su hogar cumple con las pautas de ingresos además de participar en el Programa de Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o Medicaid. Coloque una marca de verificación en el espacio al lado de la categoría que corresponda e incluya los ingresos. (Solicitud de firma y fecha)

_____ Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) _____ Ingreso Total de la Vivienda
_____ Medicaid _____ Ingreso Total de la Vivienda

Usted es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su hogar cumple con las pautas de ingresos. Coloque la cantidad total de ingresos del hogar en el espacio al lado de lo que corresponde. (Solicitud de firma y fecha)

_____ Semanal _____ Mensual _____ Anual

Lea atentamente la siguiente declaración y luego firme el formulario y escriba la fecha de hoy. Solo necesita cumplir uno de estos requisitos para ser elegible para recibir alimentos del TEFAP.

*Certifico que el ingreso total anual de mi hogar es igual o inferior al ingreso de los hogares con la misma cantidad de personas **O** que participo en los programas que he marcado en este formulario. También certifico que, a partir de hoy, resido en el estado de Virginia. Esta certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar que lo que declaré es verdadero. Entiendo que hacer una declaración falsa puede resultar en tener que pagarle a la agencia estatal el valor de los alimentos que se me emitieron incorrectamente y puede someterme a un enjuiciamiento civil o penal en virtud de la ley estatal y federal.*

Firma

Fecha

ESTA CERTIFICACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERÍODO DE UN AÑO y puede renovarse según sea necesario. Cualquier cambio en las circunstancias del hogar debe ser reportado a la agencia distribuidora de inmediato. Usted puede recibir alimentos TEFAP hasta una vez a la semana

OPCIONAL: I autorizo _____ a recoger alimentos del TEFAP en mi nombre.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, en su caso, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o si todo o una parte de los ingresos de una persona se derivan de algún programa de asistencia pública o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas y / o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja de discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del TEFAP, que se encuentra en línea 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 que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario o carta de queja completa por correo a la siguiente dirección:

1. US Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
program.intake@usda.gov
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410
2. por fax (202) 690-7442
3. o por correo electrónico al

Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (en español).

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

Fredericksburg Regional Food Bank

Service Insights Initiative Software – Link2Feed

FORMA DE INFORMACIÓN PERSONAL (ROI)



Link2Feed es un Sistema compartido, computarizado de mantenimiento de registros que tiene la idea sobre las personas que experimentan inseguridad alimentaria en nuestra comunidad. El Blanco Regional de Alimentos de Fredericksburg administra Link2Feed en nombre de nuestros organismos asociados que participan en la Iniciativa de Insights de Servicio (SII).

Apellido del Cliente: _____ **Nombre:** _____ **Segundo Nombre:** _____
Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____ **Código:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ **Beneficios:** Medicaid SNAP SSDI SSI TANF WIC Vets Aid
Mes / Día / Año
Genaro: _____ **Ingreso Mensual del Hogar:** \$ _____
Fuente de Ingresos Primarios: _____
Etnicidad: _____

Indique si alguien en el hogar se identifica como uno de los siguientes: Militares Activos (AM), Discapacitados (D), o Veteranos (V)

Nombres de Dependientes	Fecha de Nacimiento	Genaro	Etnicidad	Relacion con el Cliente

Consideraciones dietéticas (Encierre todo lo que corresponda a este hogar)

Diabetes
 Alergia a los huevos
 Sin Gluten
 Alergia a la leche
 Sin carne de cerdo
 Sin Sulfitos
 Alergia al maní
 Alergia a los mariscos
 Alergia a la soja
 Frutos de los arboles
 Alergia Vegan
 Vegetariano
 Alergia al trigo
 Other (Please Specify) _____

X

Firma del Cliente y/o del Padre-Tutor Legal Autorizando la Firma

X

Firma del Representante de la Agencia

_____ **Fecha**

_____ **Fecha**

Al firmar la línea anterior, autorizo a esta agencia, como participante de la Iniciativa Insights de Servicio, a compartir la información básica, de identificación y no confidencial de mi persona y la de mi hogar con otras agencias que participan en el SII. Esta información permanecerá en el sistema compartido Link2Feed del SII a menos que haga una solicitud formal a la agencia participante de que ya no deseo participar en el SII.

Nombre de agencia: _____