



Niños (0-17) _____
 Adultos (18-59) _____
 Ancianos (60 o más) _____

Oficina de Distribución de Alimentos

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

"Declaración Personal de Necesidad"

Efectivo desde el 1 de julio del 2018 al 30 de junio del 2019

Nombre del Recipiente _____

Firma de Representante de la Agencia _____ Fecha _____

Dirección _____

Nombre del Lugar de Distribución _____ Telefono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Localización del Lugar de distribución _____

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia es operado de acuerdo a las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Elegibilidad es basada según la tasa de ingreso a continuación. El recipiente circulará la línea entera que aplica a su Tamaño de Familia, entendiendo que deben de estar en o por debajo del nivel del ingreso para ser elegible para el programa.

Ingreso total del Hogar (basado en un 150% de pobreza)							
Tamaño de familia							
(circule uno)		Anual	Mensual		Semanal		
1	\$	18,210	\$	1,518	\$	350	
2	\$	24,690	\$	2,058	\$	475	
3	\$	31,170	\$	2,598	\$	599	
4	\$	37,650	\$	3,138	\$	724	
5	\$	44,130	\$	3,678	\$	849	
6	\$	50,610	\$	4,218	\$	973	
7	\$	57,090	\$	4,758	\$	1,098	
8	\$	63,570	\$	5,298	\$	1,223	
<i>Por cada miembro de familia adicional anade:</i>		\$	6,480	\$	540	\$	125

Entiendo las limitaciones de ingreso del hogar y por la presente certifico que el tamaño de mi familia e ingresos me hacen elegible para participar en el programa. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en el área servida en Pennsylvania por El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia. Esta certificación esta siendo completada en conexión con la recibimiento de asistencia Federal.

ENTIENDO QUE HACIENDO FALSO TESTIMONIO PUEDE RESULTAR EN TENER QUE PAGAR EL VALOR DE LOS ALIMENTOS OBTENIDOS IMPROPIAMENTE Y PUEDE SER SUJETO A PERSECUCION BAJO LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

Firma del Recipiente _____

Fecha _____



Devuelva el formulario a su agencia Condado designado. Si no esta seguro de la Agencia correcta, por favor llame la oficina al 1-800-468-2433.

ESTE FORMULARIO NO DEBE SER ALTERADO O MODIFICADO DE NINGUNA MANERA.