FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE HOPE

SOLICITUD DOMÉSTICA DE LOS ALIMENTOS DEL USDA

Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información. Se requiere una identificación solo para una recogida de un apoderado (ver más adelante).

Nombre del miembro de la unidad familiar: _____

Número de gente en el hogar: _____ Fecha de nacimiento*:_____

Dirección: _____Cuidad_____Codigo Postal_____

Número de teléfono*:_____

**El participante recibirá alimentos del USDA a través de TEFAP, incluso si el participante se niega a proporcionar su fecha de nacimiento o número de teléfono.*

Nombre del apoderado (si procede): _____

Dirección del apoderado: _____Cuidad_____Codigo Postal_____

Esta persona se autoriza a recoger comida en nombre del hogar elegible. El apoderado siempre tiene que mostrar una identificación cuando recojan en nombre del hogar elegible.

Si el hogar recibe otro tipo de asistencia, marque la(s) opción(es) apropiada(s) abajo y salte las secciones de in- gresos y situaciones de crisis.

___ Programa de ayuda suplementaria de la nutrición (SNAP)
___ Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF)
___ Programa nacional de almuerzos escolares (NSLP) (comidas gratis o a precio reducido)
___ Seguridad de ingreso suplementario (SSI)
___ Medicaid

Ingreso bruto total y la frecuencia de recibirlo: $ _____ por _____

Cuadro Federal de Elegibilidad Según los Ingresos

1 de julio de 2023 – 30 de junio de 2024

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	$26,973	$2,248	$1,124	$1,038	$519
2	$36,482	$3,041	$1,521	$1,404	$702
3	$45,991	$3,833	$1,917	$1,769	$885
4	$55,500	$4,625	$2,313	$2,135	$1,068
5	$65,009	$5,418	$2,709	$2,501	$1,251
6	$74,518	$6,210	$3,105	$2,867	$1,434
Cada persona adicional:	+$9,509	+$793	+$397	+$366	+$183

CONTESTE SÓLO SI su hogar no recibe una de las formas de ayuda del gobierno enumeradas más arriba Y su ingreso no es más bajo de las cifras establecidas por USDA: ¿Hay una situación de crisis que provoca que Ud. necesite la asistencia de comida?

O Si O No

Si contestó sí, por favor explique: _____

Período de certificación dura hasta doce meses. Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis, período de certificación dura hasta seis meses. Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar la necesidad de alimentos por crisis por siete a doce meses.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE HOPE

SOLICITUD DOMÉSTICA DE LOS ALIMENTOS DEL USDA

Yo ertifico que:

1. soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da más arriba, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;

2. toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y

3. si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.

INTAKE STAFF OR VOLUNTEER ONLY/*SOLO PARA PERSONAL/VOLUNTARIO*: _____

USDA Certification Period/*Duración de la certificación del USDA*: _____ /___ / _____ to ___ /___ / _____

Certifier's Signature/*Firma del certificador*: _____ **Date/*Fecha*:** _____/_____/_____

Household is eligible based on the following (check appropriate option) *El hogar es elegible basado en lo siguiente (marque la opción apropiada):*
O Receives government assistance listed above/*Recibe asistencia del gobierno listada arriba*
O Low income/*Bajos ingresos* O Crisis food need/*Necesitad de alimentos por una crisis*

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles.

El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Revised July 2023