

Household Application for USDA Foods/ Solicitud domestica de los alimentos del USDA

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) / El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

Sites may request but must not require proof of information. / Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de informaci6n.

Section 1- Certification

Seccion 1 - Certificacion

By signing below, I certify that:

- (1) I am a member of the household living at the address provided in Section II and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;
- (2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and
- (3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Al firmar a continuaci6n, certifico que:

- (1) soy miembro de la unidad familiar que vive en la direcci6n que se da en la Secci6n 11, y que solicito en nombre de la unidad familiar los domestica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;
- (2) toda la informaci6n que le he dado al departamento que determinara si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y
- (3) Si corresponde, la informaci6n proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.

Signature of household member /

Firma del miembro de la unidad familiar _____

Date/Fecha _____

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y politicas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en ingles), 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 alg(m programa o actividad realizados o financiados por el USDA

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicaci6n de la informaci6n def programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de serias americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audici6n o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay **Service** [Servicio Federal de Retransmisi6n] al (800) 877-8339. Ademias, la informaci6n del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at:

Para presentar una denuncia de discriminaci6n, complete el Formulario de Denuncia de Discriminaci6n del Programa del USDA, (AD-3027) que esta disponible en linea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la informaci6n solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario Ueno o carta al USDA por:

<https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complain,t> and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (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 electr6nico: program.intake@usda.gov.

- (1) mail: 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; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.
This institution is an equal opportunity provider.

Esta instituci6n es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Section 2- Household Information

Seccion 2- Informaci6n de hogar

Name of household member/Nombre del miembro de la unidad familiar		Number of household members/Numero de miembros de la unidad familiar
Address (if available)/Direcci6n (si disponible)		
Name of proxy/Nombre de apoderado	Address of proxy/Direcci6n de residencia del apoderado	

Section 3 - Categorical Eligibility

Seccion 3 - Elegibilidad Categorica

- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)/Programa de ayuda suplemental de la nutrici6n
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF)/Asistencia temporal a familias necesitadas
- Supplemental Security Income (SSI)/Seguridad de ingreso suplementario
- National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)/Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido)
- Medicaid/Medicaid

Section 4 - Income Eligibility

Seccion 4 - Elegibilidad de Ingresos

Total gross income \$	Ingreso bruto total \$
<input type="text"/> per year <input type="text"/> per month <input type="text"/> per week	<input type="text"/> por afo <input type="text"/> por mes <input type="text"/> por semana

Section 5 - Household Crisis Eligibility

Seccion 5 - Elegibilidad de Crisis del Hogar

If household is eligible for crisis food need, document reason for crisis here./Si el hogar es elegible para la crisis de alimentos necesidad, documenta el motivo de crisis aqui.	
Certification is up to six months. Contact TDA for approval of crisis food need for seven to twelve months. Length of certification: Beginning (month/year): <div style="text-align: right;">Ending (month/year):</div>	La certificaci6n es de hasta seis meses. Comuniquese con TDA para la aprobaci6n de la crisis de alimentos necesidad de siete a doce meses. Duraci6n de la certificaci6n: Inicio (mes/afo): <div style="text-align: right;">Final (mes/afo):</div>

Section 6 - Eligibility or Ineligibility

Seccion 6 - Elegibilidad o Inelegibilidad

<input type="checkbox"/> Household is eligible. Length of certification: <div style="text-align: right;">Beginning (month/year):</div> <div style="text-align: right;">Ending (month/year):</div>	<input type="checkbox"/> Hogar es elegible. Duraci6n de la certificaci6n: <div style="text-align: right;">Inicio (mes/afo):</div> <div style="text-align: right;">Final (mes/afo):</div>
<input type="checkbox"/> Household is ineligible based on Sections 3 and 4. Complete Section 5 if necessary.	<input type="checkbox"/> El hogar no es elegible basado en las secci6nes 3 y 4. Completa la secci6n 5 si es necesario.

Section 7 - Signature and date of CE or site staff

Seccion 7- Firma y fecha de CE o sitio personal

Signature/Firma	Date/Fecha
------------------------	-------------------

- NEW
- UPDATE
- FOOD
- NO FOOD TODAY



WISE AREA RELIEF MISSION
Salvation Army, Wise County Unit
APLICACION PARA AYUDA

FECHA _____
 CONDADO _____

La información suministrada a continuación es utilizada por W.A.R.M. para proveer asistencia. Si usted elige no proporcionar la información solicitada, honraremos su negativa, pero no estamos obligados a ayudarle.

Entiendo W.A.R.M. reserva el derecho de rechazar prestar el servicio si alguno de los siguientes casos:

- Cliente se percibe que es incapaz de llevar a cabo negocios.
 Ejemplos: de abuso de sustancia involucrados, violentos arrebatos, confrontaciones verbales y físicas.
- Falsificación de documentación o información escrita o verbal con el fin de obtener asistencia.
 Ejemplos: falsa identificación/nombre, exageración del tamaño de la familia, dirección falsa o tergiversación de la asistencia anterior o actual.

Usted consiente en no sostener W.A.R.M. responsable del resultado de cualquier ayuda recibida o no recibido de W.A.R.M. o agencias mandadas a o por W.A.R.M.

CABEZA DE FAMILIA

Apellido _____ Nombre de Pila _____ M.I. _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Seguridad Social # ____ - ____ - ____

Teléfono ____ - ____ - ____ Etnicidad _____ Estado Civil _____

Dirección de la calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Empleador _____ Fecha contratado ____ / ____

Descripcion de trabajo _____ Sueldo/Salario por hora \$ _____

CONYUGE O PAREJA QUE VIVE EN EL CASA

Apellido _____ Nombre de Pila _____ M.I. _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Seguridad Social # ____ - ____ - ____

Teléfono ____ - ____ - ____ Etnicidad _____ Estado Civil _____

Empleador _____ Fecha contratado ____ / ____

Descripcion de trabajo _____ Sueldo/Salario por hora \$ _____

OTROS VIVIENDO EN LA CASA

<u>Nombre de Pila</u>	<u>Apellido</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Relacion a la cabeza</u>	<u>Seguridad Social #</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Como fueron referidos a nosotros? _____

No dude en una lista de cualquier necesidad de su hogar.

PRESUPUESTO DEL HOGAR

INGRESO LO QUE LLEVAR A CASA	CUANTO
Salario	
Compensacion Workman's	
Desempleo	
Trabajos ocasionales	
Seguridad Social	
SSI / SSDI / Discapacidad	
Pensión / Jubilación	
V.A.	
Manutención infantil recibida	
T.A.N.F.	
SNAP / Cupones de Alimentos	
Ingresos de alquiler	
Regalias de gas o petroleras	
Otros Ingresos	
INGRESOS TOTALES	

GASTOS LO QUE USTED GASTA	CUANTO
Alquilar / Hipoteca / Pago de la tierra	
Seguro de Hogar / El seguro para inquilinos	
Pagar la manutención de los hijos	
Utilidades (Luz, Agua, Basura, Gas y Propano)	
Celular / Teléfono fijo / Internet	
Medicinas / Facturas del Medico	
Seguro Medico	
Comida	
Pago del Coche	
Seguro de auto	
Gasolina para el coche	
Seguro de vida / seguro de entierro	
Tarjetas de crédito / Pago de préstamo	
Servicios de transmisión	
Pago de libertad condicional / Multa de tránsito	
Otros Gastos del Hogar	
GASTOS TOTALES	

Convengo que no pueden dar a alimento a mi familia mas que una vez cada 30 dias de W.A.R.M.

Por la presente certifico que no he pagado dinero, propiedad o servicios para el alimento recibido, y que la información anterior es correcta y completa.

Yo/nosotros reconocemos que W.A.R.M. no levanta ni procesa el alimento que distribuye. Por lo tanto, W.A.R.M. no será responsable por la condición de los alimentos que distribuye. Entiendo que los productos que recibe son productos donados y distribuidos en buena fe. También entiendo que, en definitiva, es mi responsabilidad para examinar todos los productos antes de su consumo.

Firma _____

Fecha _____