

Household Application for USDA Foods / Solicitud doméstica 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 información.

Section 1 — Household Information

Sección 1 — Información de hogar

Name of household member/Nombre del miembro de la unidad familiar	Number of household members/ Número de miembros del hogar
Address (if available)/Dirección (si disponible)	

Section 2 — Categorical Eligibility

Sección 2 — Elegibilidad Categórica

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

Section 3 — Income Eligibility

Sección 3 — Elegibilidad de Ingresos

Total gross income \$ _____	Ingreso bruto total \$ _____
_____ per year _____ per month _____ per week	_____ por año _____ por mes _____ por semana

Section 4 — Household Crisis Eligibility

Sección 4 — Elegibilidad de Crisis del Hogar

If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here. / Si el hogar es elegible para las necesidades alimentarias del hogar en caso de crisis, documenta el motivo de la crisis aquí.

Section 5 — Certification

Sección 5 — Certificación

<p>By signing below, I certify that:</p> <p>(1) I am a member of the household living at the address provided in Section 1 and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;</p> <p>(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</p> <p>(3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.</p>	<p>Al firmar a continuación, certifico que:</p> <p>(1) soy miembro del hogar que vive en la dirección que se da en la Sección 1, y que solicito en nombre de la unidad familiar los alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;</p> <p>(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, verdad era y correcta; y</p> <p>(3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.</p>
Signature of household member / Firma del miembro del hogar _____	Date/Fecha _____

USDA Nondiscrimination Statement**Declaración de no discriminación del USDA**

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.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, 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.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, 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) 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.**

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 discapacidad es 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 dificultad 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](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) que está disponible en línea 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 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:

- (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 institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sections 6 & 7 must be completed by the CE or the site staff:**Section 6 — Eligibility or Ineligibility****Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad**

<p><input type="checkbox"/> Household is eligible. Length of certification:</p> <p>Beginning (month/year): _____</p> <p>Ending (month/year): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> El Hogar es elegible. Duración de la certificación:</p> <p>Inicio (mes/año): _____</p> <p>Final (mes/año): _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4).</p> <p>Length of certification: Beginning (month/year): _____</p> <p>Ending (month/year): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> El hogar no es elegible basado en las secciones 2 y 3, pero califica para TEFAP basado en la elegibilidad de crisis del hogar (Sección 4).</p> <p>Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____</p> <p>Final (mes/año): _____</p>

Section 7 — Signature and date of CE or site staff**Sección 7 — Firma y fecha del CE o del sitio personal**

<p>Signature/Firma _____</p>	<p>Date/Fecha _____</p>
-------------------------------------	--------------------------------

___ NEW
___ UPDATE
___ FOOD
___ NO FOOD



WISE AREA RELIEF MISSION APLICACIÓN ALIMENTARIA PARA ASISTENCIA

DATE _____

COUNTY _____

La información que se proporciona a continuación es utilizada por W.A.R.M. para proporcionar asistencia. Si decide no proporcionar la información solicitada, respetaremos su rechazo, pero no estamos obligados a ayudarlo.

Entiendo que W.A.R.M. se reserva el derecho de rechazar el servicio si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

- 1) Se percibe que el cliente es incapaz de realizar negocios.
 - i) Ejemplos: abuso de sustancias involucradas, arrebatos violentos, confrontaciones verbales y físicas.
- 2) Falsificación de documentación y/o información escrita o verbal con el fin de obtener ayuda.
 - i) Ejemplos: nombres falsos de identificación/alias, exageración del tamaño de la familia, dirección falsa o tergiversación de asistencia anterior o actual.
- 3) Usted acepta no responsabilizar a W.A.R.M. por el resultado de cualquier asistencia recibida o no recibida de W.A.R.M. o agencias referidas o por W.A.R.M.

CABEZA DE FAMILIA

Apellido _____
Primer Nombre _____ M.I. _____
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Seguro Social # _____ - _____ - _____
Falta _____ - _____ - _____
Dirección de correo electrónico _____
Origen étnico _____ estado civil _____
dirección postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Empleador _____
Fecha de contratación ____ / ____ Sueldo/Salario por hora \$ _____
Descripción del trabajo _____

CÓNYUGE o PAREJA QUE VIVE EN LA CASA

Apellido _____
Primer Nombre _____ M.I. _____
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Seguro Social # _____ - _____ - _____
Falta _____ - _____ - _____
Dirección de correo electrónico _____
Origen étnico _____ estado civil _____
Empleador _____
Fecha de contratación ____ / ____ Sueldo/Salario por hora \$ _____
Descripción del trabajo _____

NIÑOS U OTRAS PERSONAS EN LA CASA A LAS QUE USTED ESTÁ APOYANDO

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación con la cabeza	Seguridad social #
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Cómo te remitieron a nosotros? _____
¿Vives: en tu propia residencia con otra persona en la propiedad de alguien
Si vives con alguien o en la propiedad de alguien, ¿cómo se llama? _____ -

Si vives con alguien, ¿pagas por vivir allí? _____
Si vives con alguien, ¿pagas tus propias facturas? _____

Siéntase libre de enumerar cualquier necesidad para su hogar.

Estoy de acuerdo en que no se le puede dar comida a mi familia más de una vez cada 30 días de W.A.R.M.

Por la presente certifico que no he pagado dinero, propiedad o servicios por los alimentos recibidos, y que la información anterior es completa y correcta.

Reconozco/reconocemos que W.A.R.M. no cría ni procesa los alimentos que distribuye. Por lo tanto, W.A.R.M. no será responsable del estado de los alimentos que distribuya.

Entiendo que los productos que recibo son productos donados y distribuidos de buena fe.

También entiendo que, en última instancia, es mi responsabilidad examinar todos los productos antes de consumirlos.

Firmar _____

Fecha _____



PRESUPUESTO FAMILIAR PARA AYUDA FINANCIERA

INGRESOS para el hogar TRAER A CASA	CANTIDAD SEMANAL	CANTIDAD MENSUAL
Salario		
Compensación laboral		
Desempleo		
Trabajos ocasionales		
Seguridad Social		
SSI		
SSDI		
Discapacidad		
Pensión		
Jubilación		
V.A.		
Recibió manutención infantil		
T.A.N.F.		
Cupones para alimentos / SNAP		
Ingresos de alquiler		
Regalías de Petróleo/Gas		
Otros ingresos		
INGRESOS TOTALES		

GASTOS del hogar PAGO	CANTIDAD SEMANAL	CANTIDAD MENSUAL
Alquilar		
Hipoteca		
Pago de tierras		
Inicio / Seguro para inquilinos		
Pagar manutención infantil		
Servicios públicos (luz, agua, basura, gas natural, propano)		
Celular / Fijo / Internet		
Medicamentos		
Dr / Pagos recurrentes médicos		
Seguro médico		
Alimento		
Artículos de cuidado personal		
Pago de vehículo(s)		
Seguro de vehículo(s)		
Gas para vehículo(s)		
Seguro de vida o de decesos		
Tarjetas de crédito		
Préstamo(s) de cualquier tipo		
Servicio(s) de transmisión		
Libertad Condicional / Boleto		
Otros gastos del hogar		
GASTOS TOTALES		

Nombre en imprimir _____

Firma _____

Fecha _____