

El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP)
Autodeclaración de ingresos
(Efectivo desde el 1 de julio de 2020 hasta el 30 de junio de 2021)

Agency: _____ **Date:** _____

Usted mismo declara que:

1. Su nombre y el tamaño de su hogar proporcionado es correcto.
2. Su dirección proporcionada es correcta (nuevos participantes) o indica cambios de dirección (participantes que regresan); si no tiene hogar, puede poner sin hogar como dirección.
3. Reside dentro del área geográfica del servicio de esta agencia. área (no se requiere una duración mínima de residencia).
4. Su ingreso está dentro del 185% de las Pautas Federales de Pobreza (a continuación).
5. Acepta que los alimentos TEFAP son solo para consumo doméstico y no se venderá, intercambiará ni intercambiará.

Nunca necesitará proporcionar su número de seguro social o prueba de ciudadanía.

Nunca necesitará proporcionar un comprobante de ingresos. Sin embargo, una agencia puede requerir más información del participante para su uso con otros programas.

Nunca necesitará proporcionar prueba del tamaño del hogar.

No se le negará la comida de TEFAP si se niega a revelar cualquier información que no sea requerida por TEFAP.

Household Size	Annual Income	Monthly Income	Twice Per Month Income	Every Two Weeks Income	Weekly Income
1	\$23,606	\$1,968	\$984	\$908	\$454
2	\$31,894	\$2,658	\$1,329	\$1,227	\$614
3	\$40,182	\$3,349	\$1,675	\$1,546	\$773
4	\$48,470	\$4,040	\$2,020	\$1,865	\$933
5	\$56,758	\$4,730	\$2,365	\$2,183	\$1,092
6	\$65,046	\$5,421	\$2,711	\$2,502	\$1,251
7	\$73,334	\$6,112	\$3,056	\$2,821	\$1,411
8	\$81,622	\$6,802	\$3,401	\$3,140	\$1,570
For each additional family member, add	\$8,288	\$691	\$346	\$319	\$160

Imprimir nombre: _____ **Firma:** _____

Dirección: _____ **Código postal:** _____ **Tamaño del hogar:** _____

Numero de niños: _____

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, religious creed, disability, age, political beliefs, 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, 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.

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

Mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
Fax: (202) 690-7442
Email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.