

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

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

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>Signature of household member / Firma del miembro del hogar _____</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 doméstica de 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> <p style="text-align: right;">Date/Fecha _____</p>
---	--

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

Sections 6 & 7 must be completed by the CE or the site staff:

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 es 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.

Section 6 — Eligibility or Ineligibility**Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad**

<input type="checkbox"/> Household is eligible. Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____	<input type="checkbox"/> El Hogar es elegible. Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____
<input type="checkbox"/> Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4). Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____	<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). Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____

Section 7 — Signature and date of CE or site staff**Sección 7— Firma y fecha del CE o del 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 _____ - _____ - _____ Correo electrónico _____

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 _____ - _____ - _____ Correo electrónico _____

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 SEMANA	CUANTO MES
Salario		
Compensacion Workman's		
Desempleo		
Trabajos ocasionales		
Seguridad Social		
SSI / SSDI / Discapacidad		
Pensión / Jubilación		
V.A.		
Recibe pago de niños		
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 SEMANA	CUANTO MES
Renta / Hipoteca / Pago de la tierra		
Seguro de Hogar / El seguro para inquilinos		
Pago de niños		
Utilidades (Luz, Agua, Basura, Gas y Propano)		
Celular / Teléfono fijo / Internet		
Medicinas		
Bill de doctoro		
Seguro Medico		
Comida		
Pago del Coche		
Seguro de auto		
Gasolina para el coche		
Seguro de vida / seguro de entierro		
Tarjetas de crédito		
Préstamos de cualquier tipo		
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 _____