

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)

Only the information on this form is required to receive USDA Foods through TEFAP.**Sólo la información en este formulario es necesaria para recibir los alimentos del USDA a través TEFAP.****Section 1 — Application (to be completed by the household member)****Sección 1 — Solicitud (debe llenarla un miembro de la unidad familiar)****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 "Authorized Representative" (as named below or as authorized on a separate page) is also, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Al firmar a continuación, certifico que:

- (1) soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da en la Sección II, 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 es pertinente, la información presentada por el "representante autorizado" de la unidad familiar (como se asigna abajo o como se autoriza en otra hoja) también es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Signature of household member/Firma del miembro de la unidad familiar _____ **Date/Fecha** _____**Name of proxy (person given authority to act on behalf of household) (optional)**

Nombre de proxy (persona con autoridad para actuar en nombre de la familia) (opcional) _____

Residential address of authorized representative/Dirección de residencia del representante autorizado _____**Mailing address of authorized representative/Dirección del representante autorizado** _____

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, 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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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 discapacidades 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 dificultades 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](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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 2 — Household Information (to be completed by the household member, proxy, OR the recipient agency that is determining eligibility).		Sección 2 — Información de hogar (debe ser completado por el miembro del hogar, proxy, O la agencia receptante que es determinar la elegibilidad).	
Name of household member/Nombre del miembro de la unidad familiar		Number of household members Número de miembros de la unidad familiar	
Residential address (if available)/Dirección residencial (si disponible)		Mailing address (if available)/Dirección postal (si disponible)	
If the household receives other assistance, mark the appropriate choice(s) below. No proof is required. Si el hogar recibe otro tipo de asistencia, marque la opción(es) apropiada abajo. Ninguna prueba es necesaria.			
<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 a 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			
What is the total gross income* (the amount before deductions) of all household members? optional if household receives other assistance ¿Cuál es el ingreso bruto total** (la cantidad antes de deducciones) de todos los miembros del hogar? opcional si la casa recibe otra ayuda \$ _____ per year/por año _____ per month/por mes _____ per week/por semana *Farmers and self-employed persons may report NET income (the amount after business expenses)./**Los agricultores y los trabajadores autónomos pueden reportar beneficios netos (la cantidad después de los gastos de negocio).			

Section 3 — Temporary Crisis Food Need (to be completed by the recipient agency only if the household is determined ineligible on the basis of Section 2 information).		Sección 3 — Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis (debe ser completado por la agencia receptante sólo si se determina que el hogar es elegible basándose en la información de la sección 2).	
Is the household in need of temporary, crisis food assistance?/¿Necesita temporalmente el hogar asistencia alimentaria por crisis? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
If "yes," document reason for crisis in "comments" box below./Si marcó "sí," documente la razón por el crisis en el cuadro de comentarios.			

Section 4 — Recipient Agency Documentation (to be completed by the recipient agency)		Sección 4 — Documentación de la Agencia Receptante (debe ser completado por la agencia receptante)	
<input type="checkbox"/> Household is ineligible. (Explain the reason for ineligibility in the "comments" box below.)		<input type="checkbox"/> El hogar es ineligible. (Explique la razón de inelegibilidad en el cuadro de comentarios.)	
Household is eligible based on the following. (Mark the appropriate option.)		El hogar es elegible basado en lo siguiente. (Marque la opción adecuada.)	
<input type="checkbox"/> Low income <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Crisis food need	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> NSLP (free or reduced-price meals)	<input type="checkbox"/> Bajos ingresos <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Necesidad de alimentos por crisis	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> NSLP (comidas gratis o a precio reducido)
Certification period is up to twelve months. For crisis food need (Section 3), certification period is up to six months. Texas Department of Agriculture can approve crisis food need (Section 3) for seven to twelve months. Give length of certification period if household is eligible. Beginning (month/year): _____/_____ Ending (month/year): _____/_____		Período de certificación dura hasta doce meses. Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis (sección 3), período de certificación dura hasta seis meses. Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar la necesidad de alimentos por crisis (sección 3) por siete a doce meses. Provea la duración del período de certificación si el hogar es elegible. Inicio (mes/año): _____/_____ Final (mes/año): _____/_____	

Comments/Comentarios

Date/Fecha _____
Signature of recipient agency official/Firma del funcionario de la agencia receptante _____