_ Phone Number Telefon Numarası

Niños (0-17) _____

Adultos (18-59) _____

Ancianos (60 o más) _____

Pennsylvania
Department of Agriculture

Oficina de Distribución de Alimentos

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

"Declaración Personal de Necesidad"

Efectivo desde el 1 de julio del 2025 al 30 de junio del 2026

Nombre del receptor

Firma de Representante de la Agencia Fecha

Condado de residencia del receptor

Nombre del Lugar de Distribución Numero de agencia

Código postal del receptor

Localización del Lugar de distribución

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia es operado de acuerdo a las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Elegibilidad es basada segun la tasa de ingreso a continuación. El recipiente circulara la linea entera que aplica a su Tamaño de Familia, entendiendo que deben de estar en o por debajo del nivel del ingreso para ser elegible para el programa.

Ingreso total del Hogar (basado en un 185% de pobreza)						
Tamaño de familia (circule uno)		**Anual**		**Mensual**		**Semanal**
1	**$**	**28,953**	**$**	**2,413**	**$**	**557**
2	**$**	**39,128**	**$**	**3,261**	**$**	**753**
3	**$**	**49,303**	**$**	**4,109**	**$**	**949**
4	**$**	**59,478**	**$**	**4,957**	**$**	**1,144**
5	**$**	**69,653**	**$**	**5,805**	**$**	**1,340**
6	**$**	**79,828**	**$**	**6,653**	**$**	**1,536**
7	**$**	**90,003**	**$**	**7,501**	**$**	**1,731**
8	**$**	**100,178**	**$**	**8,349**	**$**	**1,927**
Por cada miembro de damilia adicional anade:	**$**	**10,175**	**$**	**848**	**$**	**196**

Al firmar a continuación, declaro que mis ingresos procedentes de todas las fuentes no superan los ingresos indicados anteriormente para hogares con el mismo número de personas que el mío. También certifico que, a fecha de hoy, mi hogar se encuentra en la zona atendida por Pensilvania en el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia. Este formulario de certificación se completa en relación con la recepción de asistencia federal. Entiendo que estos registros se mantendrán de forma confidencial en este sitio de distribución, pero pueden ser entregados al Departamento de Agricultura de Pensilvania o al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos para su revisión a petición suya.

Firma del Recipiente **Fecha**

Devuelva el formulario a su agencia Condado designado. Si no esta seguro de la Agencia correcta, por favor llame la oficina al 1-800-468-2433.

ESTE FORMULARIO NO DEBE SER ALTERADO O MODIFICADO DE NINGUNA MANERA.

CONSULTE EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA UNA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN IMPORTANTE DEL USDA

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

(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.

USDA es un proveedor, empleador y entidad crediticia que ofrece igualdad de oportunidades.

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia **Forma de Autorizacion Proxy para el programa TEFAP de Pennsylvania**

Fecha _____

Yo _____autorizo a,_____para recoger mi paquete del alimento TEFAP para ser entregado a mí.

_____ ☐ _____

Firma del cliente Firma de proxy autorizado

_____ ☐ entificacion del proxy verifica

Representante de la Despensa