******

**Nombre de Socio contra el hambre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de personas en el hogar:\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apt. #: \_\_\_\_\_\_Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codigo postal: \_\_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Esta tabla muestra un ingreso bruto anual para cada tamaño de familia. Si el ingreso de su hogar es igual o inferior al ingreso indicado para el número de personas en su hogar, es elegible para recibir alimentos? sí o No**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tamaño de la familia** | **Ingreso Anual** | **Ingreso Mensual** | **Ingreso Semanal** |
| **1** | **26,973** | **2,248** | **519** |
| **2** | **36,482** | **3,041** | **702** |
| **3** | **45,991** | **3,833** | **885** |
| **4** | **55,500** | **4,625** | **1,068** |
| **5** | **65,009** | **5,418** | **1,251** |
| **6** | **74,518** | **6,210** | **1,434** |
| **7** | **84,027** | **7,003** | **1,616** |
| **8** | **93,536** | **7,795** | **1,799** |
| **Para cada miembro adicional familia añadir:** | **+9,509** | **+793** | **+183** |

(Efectivo imediatamente 1/19/23)

Usted tiene derecho a recibir alimentos de TEFAP si su hogar participa en cualquiera de los siguientes programas.

**Si usted participa en uno de estos programas, por favor coloque una marca junto al programa.**

\_\_\_\_\_ SNAP \_\_\_\_\_ TANF \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ GA \_\_\_\_\_ SSI

**Por favor lea la siguiente declaración cuidadosamente. Luego firme el formulario y escriba la fecha de hoy.**  
Certifico que mi ingreso bruto anual es igual o inferior a los ingresos que figuran en este formulario para los hogares con el mismo número de personas como mi hogar, o que mi hogar participa en el programa que he comprobado en este formulario. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en la zona atendida por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia Delaware.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma) (Fecha)

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](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf), (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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Inicial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datos de el Hogar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de cada miembro del hogar | **Relación con el jefe del hogar** | **Edad** | **ID # (licencia de conducir, tarjeta de Medicaid o ID de servicio social)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Hoja de firmar (nota: El cliente debe firmar y completa en cada visita al sitio)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma del recipiente | **# De niños en el hogar** | **# de los adultos en el hogar** | **Primera visita** | **Cumple con las pautas de ingresos?** | **¿Vive usted en Delaware?** | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Hoja de firmar (nota: El cliente debe firmar y completa en cada visita al sitio)