

THE EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP) ELIGIBILITY FORM

This form is to be filled out for each household receiving food from your program at least once annually. A recipient's signature is sufficient declaration of need.

| | | | | |
|--------|--|-------|-----|--|
| Name | | Phone | | |
| Street | | City | ZIP | |

Please indicate the number of each below, i.e. if two children are in your household enter "2" in the box below Children.

| Children (Ages 0-17) | Adults (Ages 18-64) | Seniors (Ages 65+) | Total Household Members |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|
| | | | |

YOU ARE ELIGIBLE TO RECEIVE TEFAP IF ONE OF THE FOLLOWING IS TRUE FOR YOUR HOUSEHOLD:

OPTION 1: Household Income.

The table below shows a yearly gross income for each household size. If your household income is at or below the income listed for the number of people in your household, you are eligible to receive USDA Foods through TEFAP.

| Household Size | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Annual Income | \$25,760 | \$34,840 | \$43,920 | \$53,000 | \$62,080 | \$71,160 | \$80,240 | \$89,320 |

*For each additional family member add \$9,080.

OPTION 2:

You are also categorically eligible to receive TEFAP commodities if your household participates in any of the following programs. If you participate in any one of these programs, please check the box(s) next to it.

- SNAP
 WIC
 TANF
 Medicaid
 SSI
 Free/Reduced School Meals

By signing below, I declare that my income from all sources does not exceed the income listed above for households with the same number of people as my household OR that my household participates in the program(s) that I have checked on this form. I understand that these records will be held in confidence at this distribution site but may be released to the New York State Office of General Services or the United State Department of Agriculture for review upon their request.

Signature

Date

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 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.

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA (TEFAP)ALIMENTARIA DE EMERGENCIA

Este formulario debe completarse para cada hogar que recibe alimentos del programa al menos una vez al año

| | | | | |
|--------|--|----------|-------------|--|
| Nombre | | Teléfono | | |
| Calle | | Ciudad | Code Postal | |

Por favor indique el número de cada uno a continuación, es decir, si dos niños están en su casa,ingrese 2 en la casilla de abajo

| | | | |
|-------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| Niños (Edad 0-17) | ,Adultos (Edad 18-64) | Mayores (Edad 65+) | INGRESO TOTAL DEL HOGAR |
| | | | |

USTED ES ELEGIBLE PARA RECIBIR (TEFAP) SI UNO DE LOS SIGUIENTES ES VERDADERO PARA SU HOGAR

OPCIÓN 1: INGRESO DEL HOGAR

La siguiente tabla muestra un ingreso bruto anual para cada tamaño de hogar. Si el ingreso de su hogar es igual o inferior indicado por el número de personas en su hogar,usted es elegible para recibir USDA a través del TEFAP

| | | | | | | | | |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| TAMAÑO DEL HOGAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| INGRESOS ANUALES | \$25,760 | \$34,840 | \$43,920 | \$53,000 | \$62,080 | \$71,160 | \$80,240 | \$89,320 |

*Por cada miembro adicional de la familia agregue \$9,080

OPCIÓN 2:

También eres categóricamente elegible para recibir los productos TEFAP. Si usted o su hogar participa en uno de los siguientes programas,por favor marque la casilla al lado

SNAP
 WIC
 TANF
 Medicaid
 SSI
 Free/Reduced School Meals

Al firmar a continuación declaro que mis ingresos de todas las fuentes no exceden los ingresos enumerados anteriormente para hogares con la misma cantidad de personas que mi hogar O que mi hogar participa en el programa(s) que he marcado en este formulario.Entiendo que estos registros se mantendrán confidenciales en este sitio de distribución pero puede entregarse a la Oficina de Servicios General del Estado de Nueva York o al Departamento de Agricultura del Estado,de los Estados Unidos para su revisión a solicitud

Firma

Fecha

De acuerdo con la ley Federal de derechos civiles en los Estados Unidos y las regulaciones, políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de (USDA), Las Agencias ,oficinas, empleados y instituciones que participan o administran programas del (USDA) tienen prohibido discriminar por motivos de raza,color,nacionalidad,sexo,credo religioso,descapasida,edad,creencias politicas,o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el (USDA)

Personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo,Braille,Letra grande.cinta de audio,Lenguaje Gestual Americano,etc). Debe de comunicarse con la Agencia (Estatal o Local).Donde solicitó los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del Inglés.

Para presentar una queja de discriminacion del programa completa a USDA Program Discrimination Complaint Form,(AD-3027) y en línea a: How to File a Complaint en cualquiera oficina, de USDA, o escribir una carta dirigida a USDA, y proporcionar en la carta toda la solicitud de información en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas llame al (866)632-9992 Por correo a U.S.Department of Agriculture/ Office of the Assistant Secretary for civil Rights/1400 Independence Avenue,SW/Washington,D.C. 20250-9410; por Fax (202) 690-7442, y por correo electrónico:program.intake@usda.gov