

AQUÍ EL NOMBRE DE SU AGENCIA

**EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA (TEFAP)
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR COMIDA A CASA**

7 CFR 251

Nombre: _____

Número de Personas en el Hogar: _____

Condado: _____

Código Postal: _____

Si usted es ciudadano de los Estados Unidos o un "extranjero calificado", según se define en 8 U.S.C. 1641, y 1) los ingresos de su grupo familiar son iguales o inferiores al límite de ingresos correspondiente al número de personas de su grupo familiar, o 2) participa en determinados programas de asistencia (SNAP, TANF, SSI o Medicaid), es elegible para recibir alimentos de TEFAP.

TEFAP Directrices de Elegibilidad por Ingreso – 2026.

Tamaño del Hogar	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Dos veces por Mes	Cada dos Semanas	Ingreso Semanal
1	\$47,880	\$3,990	\$1,995	\$1,842	\$921
2	\$64,920	\$5,410	\$2,705	\$2,497	\$1,248
3	\$81,960	\$6,830	\$3,415	\$3,152	\$1,576
4	\$99,000	\$8,250	\$4,125	\$3,808	\$1,904
5	\$116,040	\$9,670	\$4,835	\$4,463	\$2,232
6	\$133,080	\$11,090	\$5,545	\$5,118	\$2,559
7	\$150,120	\$12,510	\$6,255	\$5,774	\$2,887
8	\$167,160	\$13,930	\$6,965	\$6,429	\$3,215
Para cada miembro adicional de la familia agregar:	\$17,040	\$1,420	\$710	\$655	\$328

Usted es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su hogar cumple con las pautas de ingresos anteriormente mencionadas o participa en alguno de los siguientes programas. Por favor, coloque una marca de verificación en el espacio junto a la categoría que aplique.

- ☐ Elegibilidad por Ingresos
☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (también conocido como Food Stamps)
☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
☐ Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
☐ Medicaid

Certificación:

*Certifico, mediante auto-declaración, que mi ingreso bruto anual familiar es igual o inferior al ingreso indicado en este formulario para los hogares con el mismo número de personas **O** que participo en los programa(s) que he marcado en este formulario. También certifico que, a día de hoy, resido en el Estado de Florida. y, de conformidad con la Orden Ejecutiva 14218 del 02/19/2025, soy ciudadano de los Estados Unidos o un "extranjero calificado", según se define en 8 U.S.C. 1641. Esta certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia Federal. Entiendo que hacer una certificación falsa puede dar lugar a que tenga que pagar a la agencia Estatal por el valor de los alimentos emitidos indebidamente para mí y puede someterme a procesos civiles o penales conforme a las leyes estatales y federales.*

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

OPCIONAL: Autorizo _____ a recoger alimentos de USDA en mi nombre.

Cualquier cambio en las circunstancias del hogar deben ser reportados a la agencia distribuidora de inmediato.

POR FAVOR CONSULTE EL OTRO LADO DE ESTE DOCUMENTO PARA LA DECLARACIÓN DE USDA DE NO DISCRIMINACIÓN

"En conformidad con la ley federal de derechos civiles, los reglamentos y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución está prohibida de discriminar en la base de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retaliación por actividad previa de derechos civiles.

Actualizado 7/26

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audiocinta, lengua de señas americana), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center de USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja de discriminación del programa, un Denunciante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja de Discriminación del Programa de USDA que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre, dirección, número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria presunta con detalle suficiente para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe ser presentado ante USDA por:

1. **mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.