

State of Idaho
Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP)
Formulario de elegibilidad para recibir alimentos para consumo en el hogar con TEFAP

ELEGIBILIDAD SEGÚN INGRESOS <i>(En vigor a partir del 1 de octubre de 2024)</i>	
<i>Tamaño de la familia</i>	<i>Ingresos brutos mensuales</i>
1	\$2,510.00
2	\$3,406.67
3	\$4,303.33
4	\$5,200.00
5	\$6,096.67
6	\$6,993.33
7	\$7,890.00
8	\$8,786.67
<i>Cada una Adicional</i>	\$896.67

La tabla anterior muestra los ingresos brutos mensuales para cada tamaño de familia. Si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los indicados para la cantidad de personas que viven en él, cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir alimentos.

Nombre del cliente: _____

Ciudad o código postal : _____

Cantidad de miembros del hogar : _____

Rellene los espacios en blanco anteriores y lea atentamente la declaración siguiente. Luego firme el formulario y escriba la fecha de hoy.

Certifico que los ingresos brutos mensuales de mi hogar son iguales o inferiores a los ingresos indicados en este formulario para hogares con la misma cantidad de personas que el mío. También certifico que, a fecha de hoy, mi familia vive en el estado de Idaho. Este formulario de certificación se completa en relación con la recepción de ayuda federal. De conformidad con la política estatal, los funcionarios del programa pueden verificar lo que he certificado como cierto. Entiendo que hacer una declaración falsa puede tener como consecuencia el pago al Estado del valor de los alimentos que se me hayan expedido indebidamente y puede someterme a un proceso penal en virtud de las leyes estatales y federales.

Firma

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa, (p. ej., Braille, letras grandes, cinta de audio, lengua de señas americana), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa, con el Centro TARGET del USDA por teléfono al (202) 720-2600 (voz y TTY) o con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión por teléfono al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de denuncia de discriminación en programas del USDA), que puede obtenerse en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, por teléfono al (866) 632-9992 o mediante una carta escrita dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado deben enviarse al USDA antes del:

- (1) Dirección postal : Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410; o
- (2) Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
- (3) Dirección de correo electrónico:

program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Fecha