

Formulario de Elegibilidad Anual del Programa de Asistencia con Alimentos de Emergencia (TEFAP)

Para ser elegible:

- **Autoreporte la información en la tabla que sigue**
- **Autodeclare que:**
 - Está en Minnesota
 - Su ingreso familiar está a o por debajo del ingreso listado según el número de personas en su familia

Lo siguiente NO se requiere:

- No requiere identificación, no requiere prueba de su dirección, no requiere prueba de ingreso, no requiere prueba del tamaño de su familia
- No requiere número de seguro social, no requiere prueba de ciudadanía/situación migratoria
- Ninguna información que no sea la que se requiere en este formulario puede requerirse para acceder a alimentos en este sitio

Nombre			Código postal (opcional)
Número de niños (0 a 17)	Número de adultos (18 a 64)	Número de ancianos (65 y mayor)	Número total en la familia:

Permiso para representantes: Autorizo a las siguientes personas a buscar alimentos en mi nombre como representantes

Elegibilidad según el ingreso anual (300% de la directriz federal de pobreza)

Tamaño de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso anual a o por debajo de:	\$46,950	\$63,450	\$79,950	\$96,450	\$112,950	\$129,450	\$145,950	\$162,450

*Agregar \$16,500 por cada miembro adicional

Autodeclaro que:

- Estoy en Minnesota.
- Mi ingreso familiar está a o por debajo de las directrices anteriores.
- La información que he incluido es correcta según mi mejor conocimiento y habilidad.
- Me han mostrado y he leído la Declaración contra la discriminación de la USDA.
- Me han mostrado y he leído la Notificación de privacidad de los datos de MN.

☐ Autodeclaración verbal	Fecha
☐ Firma (opcional)	Fecha

Declaración contra la discriminación de la USDA

De acuerdo con las leyes federales de derecho civil y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar con respecto a la raza, el color, el origen nacional, el sexo (incluyendo la identidad de género y la orientación sexual), la discapacidad, la edad, o tomar represalias o venganza por actividad previa de derecho civil.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ej., Braille, impresión con letra grande, cinta grabada, lenguaje norteamericano para sordos) deben contactar a la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET de la USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o contactar a la USDA a través del Servicio Federal de Relé llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, un Demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación del Programa de la USDA que se puede conseguir en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina de la USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a la USDA. La carta debe contener el nombre, dirección, número de teléfono del demandante y una descripción por escrito de la medida discriminatoria alegada en suficiente detalle para informar al Subsecretario para Derechos Civiles (ASCR por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y fecha de la violación alegada a los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe ser presentada a la 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; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Notificación de privacidad de los datos/advertencia de Tennesen

Usted tiene derechos bajo la Ley de Prácticas con los Datos del Gobierno de Minnesota. Esta Ley protege su privacidad. Le pedimos información para que podamos: distinguirlo de otras personas con un nombre similar y decidir cómo servirle mejor.

Legalmente, no se requiere que usted nos entregue la información. Sin embargo, sin ella, no podemos determinar la elegibilidad o reportar estadísticas precisas que afectan el financiamiento. La ley nos permite compartir la información que usted provee con el personal del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de Minnesota, Hunger Solutions Minnesota, Foundation for Essential Needs y su banco regional de alimentos.

Usted también tiene el derecho a obtener copias de la información que tenemos sobre usted. Si no entiende la información, se la podemos explicar. Si no piensa que la información es precisa o completa, por favor corríjala con el personal de la despensa de alimentos.

Unique Finds Solicitud

Esta sección es opcional y se utiliza para determinar su estipendio mensual de Unique Finds.

Si decide no completar esta sección, no afectará su capacidad para recibir comida.

Sin embargo, solo recibirá el estipendio mensual básico de \$30 para usar en Unique Finds.

Si tiene miembros adicionales en su hogar, deben figurar a continuación con los nombres y fechas de nacimiento correctos para calificar para un estipendio aumentado.

“Hogar” se define como todas las personas que compran y preparan comidas juntas.

Si se descubre que la información proporcionada es falsa, es posible que pierda la oportunidad de comprar con un estipendio en Unique Finds.

Dirección: _____ **Número de Unidad** _____ **Ciudad** _____

Código postal _____ **Condado:** _____ **Teléfono #** _____

Nombre (Primero y and Apellido)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	*Raza	Género	** Situación laboral

* Elija entre: afroamericano, asiático, birracial, caucásico, hispano, latino, nativo americano, otro, somalí, sudanés

**Elija entre: discapacitado, empleado a tiempo completo, empleado a tiempo parcial, empleado temporal, ama de casa, despedido, licencia médica, múltiples trabajos, jubilado, trabajador por cuenta propia, estudiante, desempleado

Por ley, el estante de alimentos no puede discriminar sobre la base de esta información.

Community Pathways aprecia tanta información como sea posible para abogar por nuestros clientes.

Estime total annual del hogar: _____

Pasar pagina



Estoy de acuerdo:

- Que toda la información proporcionada en esta solicitud es veraz a mi leal saber y entender.
- Informar a Community Pathways de cualquier cambio en mi solicitud.
- Llevar solo los artículos necesarios para los miembros de mi familia que figuran en esta solicitud.
- Que no venderé, permutaré ni intercambiaré artículos recibidos de Community Pathways y entiendo que hacerlo puede resultar en la pérdida de los privilegios de compra.
- Que no tomaré artículos de Community Pathways que no hayan pasado por el proceso de pago y entiendo que hacerlo resultará en la pérdida de los privilegios de compra.

Firma

Fecha

Registro de mensajería opcional

MENSAJERÍA DE TEXTO – AUTORIZACIÓN:

Deseo recibir mensajes de Community Pathways por mensaje de texto.

Número de teléfono _____

Iniciales aquí _____

Correo electrónico - Autorización

Doy permiso a Community Pathways para ponerse en contacto conmigo por correo electrónico para recibir actualizaciones y boletines.

Dirección de correo electrónico _____

Iniciales aquí _____

Sólo para uso de oficina:

Application verified by: _____
Initials Date