

ESTADO DE ALABAMA
EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA
(TEFAP)
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD
7 CFR 251

Nombre: _____
Dirección (Opcional): _____
Condado: _____
Número de teléfono: _____

Número de personas en el hogar: _____
Número en el hogar 18 y menores: _____
Número en el hogar 19-59 : _____
Número en el hogar 60 y más: _____
Numero de veteranos en el hogar: _____

Usted es elegible para recibir alimentos de TEFAP si el ingreso de su hogar cae por debajo de las pautas de ingresos de pobreza (consulte el cuadro de referencia al dorso de este formulario) o si participa en cualquiera de los siguientes programas. Coloque una marca de verificación en el espacio junto a la categoría que corresponda.

_____ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o
_____ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (formalmente Cupones para Alimentos) o
_____ Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) o
_____ Elegibilidad de ingresos (**NO se requiere comprobante de ingresos**)

Lea atentamente la siguiente declaración y luego firme el formulario y escriba la fecha de hoy. **Solo necesita cumplir uno de estos requisitos para ser elegible para recibir alimentos del USDA.**

Certifico que el ingreso bruto anual de mi hogar es igual o inferior al ingreso que figura en la tabla de referencia para hogares con la misma cantidad de personas O que participo en los programas que he marcado en este formulario. También certifico que a partir de hoy, resido en el estado de Alabama. Esta certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar lo que certifiqué como verdadero. Entiendo que hacer una certificación falsa puede resultar en tener que pagarle a la agencia estatal el valor de los alimentos que se me emitieron incorrectamente y puede someterme a un proceso civil o penal en virtud de las leyes estatales y federales.

Firma

Fecha

PROXY (OPCIONAL): Yo autorizo _____ para recoger alimentos del USDA en mi nombre.

Firma individual designada en nombre del cliente o apoderado:

Firma: _____

Fecha: _____

Departamento de Agricultura de Estados Unidos Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario 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 presentarse a 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

ESTADO DE ALABAMA
EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA
(TEFAP)
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD
7 CFR 251

PARA FINES DE REFERENCIA SOLAMENTE
NO se requiere comprobante de ingresos

A continuación se muestra un ingreso bruto anual para cada tamaño de familia. Si el ingreso de su hogar es igual o inferior al ingreso indicado para la cantidad de personas en su hogar, usted es elegible para recibir alimentos.

El cuadro a continuación corresponde al año de programación vigente 2025-2026.
(185% de las pautas federales de pobreza)

Tamaño del hogar	Ingresos anuales	Mensual Ingresos	Dos veces por Mes	Cada dos Semanas	Ingresos semanales
1	\$28,953	\$2,413	\$1,207	\$1,114	\$557
2	\$39,128	\$3,261	\$1,608	\$1,506	\$753
3	\$49,303	\$4,109	\$2,055	\$1,898	\$949
4	\$59,478	\$4,957	\$2,479	\$2,288	\$1,144
5	\$69,653	\$5,805	\$2,903	\$2,680	\$1,340
6	\$79,828	\$6,653	\$3,327	\$3,072	\$1,536
7	\$90,003	\$7,501	\$3,751	\$3,462	\$1,731
8	\$100,178	\$8,349	\$4,175	\$3,854	\$1,927
Por cada familia adicional miembro agregar:	10,175	\$848	\$424	\$392	\$196

La tabla detalla los criterios de elegibilidad para ingresos mensuales, ingresos recibidos dos veces al mes (24 pagos por año), ingresos recibidos cada dos semanas (26 pagos por año) e ingresos semanales.

ESTADO DE ALABAMA
PROGTAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (TEFAP) CERTIFICACIÓN
DE ELEGIBILIDAD
7 CFR 251

PÁGINA DE LISTADO

- Ajuste este formulario al formulario de certificación de formulario y utilícelo para documentar que el cliente recibió alimentos.
- En la primera columna documente la fecha en que la persona o el hogar recibió los alimentos. En la segunda columna documente el número total de libras de comida que recibió el cliente. En la tercera columna el **CLIENTE DEBERA FIRMAR CADA VEZ QUE RECIBA COMIDA.**

Fecha	Libras Totales	Firma del Cliente		Fecha	Libras Totales	Firma del Cliente

Esta Institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.