

Household Application for USDA Foods**Solicitud doméstica de los alimentos del USDA**

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

Only the information on this form is required to receive USDA Foods through TEFAP.**Sólo la información en este formulario es necesaria para recibir los alimentos del USDA a través TEFAP.****Section 1 — Application (to be completed by the household member)****Sección 1 — Solicitud (debe llenarla un miembro de la unidad familiar)***By signing below, I certify that:*

(1) I am a member of the household living at the address provided in Section II and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;

(2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and

(3) if applicable, the information provided by the household's "Authorized Representative" (as named below or as authorized on a separate page) is also, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Al firmar a continuación, certifico que:

(1) soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da en la Sección II, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;

(2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y

(3) si es pertinente, la información presentada por el "representante autorizado" de la unidad familiar (como se asigna abajo o como se autoriza en otra hoja) también es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Signature of household member/Firma del miembro de la unidad familiar _____ **Date/Fecha** _____**Name of proxy (person given authority to act on behalf of household) (optional)**

Nombre de proxy (persona con autoridad para actuar en nombre de la familia) (opcional) _____

Residential address of authorized representative/Dirección de residencia del representante autorizado _____**Mailing address of authorized representative/Dirección del representante autorizado** _____**USDA Nondiscrimination Statement**

The U.S Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.)

If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov.

Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish).

USDA is an equal opportunity provider and employer.**USDA Declaración de No-Discriminación**

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Section 2 — Household Information (to be completed by the household member, proxy, OR the recipient agency that is determining eligibility).	Sección 2 — Información de hogar (debe ser completado por el miembro del hogar, proxy, O la agencia receptante que es determinar la elegibilidad).
Name of household member/Nombre del miembro de la unidad familiar	Number of household members Número de miembros de la unidad familiar
Residential address (if available)/Dirección residencial (si disponible)	Mailing address (if available)/Dirección postal (si disponible)
If the household receives other assistance, mark the appropriate choice(s) below. No proof is required. Si el hogar recibe otro tipo de asistencia, marque la opción(es) apropiada abajo. Ninguna prueba es necesaria.	
<input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)/Programa de ayuda suplemental de la nutrición <input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF)/Asistencia temporal a familias necesitadas <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)/Seguridad de ingreso suplementario <input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)/Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido) <input type="checkbox"/> Medicaid/Medicaid	
What is the total gross income* (the amount before deductions) of all household members? optional if household receives other assistance ¿Cuál es el ingreso bruto total** (la cantidad antes de deducciones) de todos los miembros del hogar? opcional si la casa recibe otra ayuda \$ _____ per year/por año _____ per month/por mes _____ per week/por semana *Farmers and self-employed persons may report NET income (the amount after business expenses).**/Los agricultores y los trabajadores autónomos pueden reportar beneficios netos (la cantidad después de los gastos de negocio).	

Section 3 — Temporary Crisis Food Need (to be completed by the recipient agency only if the household is determined ineligible on the basis of Section 2 information).	Sección 3 — Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis (debe ser completado por la agencia receptante sólo si se determina que el hogar es elegible basándose en la información de la sección 2).
Is the household in need of temporary, crisis food assistance?/¿Necesita temporalmente el hogar asistencia alimentaria por crisis? Yes _____ No _____	
If "yes," document reason for crisis in "comments" box below./Si marcó "sí," documente la razón por el crisis en el cuadro de comentarios.	

Section 4 — Recipient Agency Documentation (to be completed by the recipient agency)	Sección 4 — Documentación de la Agencia Receptante (debe ser completado por la agencia receptante)
<input type="checkbox"/> Household is ineligible. (Explain the reason for ineligibility in the "comments" box below.)	<input type="checkbox"/> El hogar es ineligible. (Explique la razón de inelegibilidad en el cuadro de comentarios.)
Household is eligible based on the following. (Mark the appropriate option.)	El hogar es elegible basado en lo siguiente. (Marque la opción adecuada.)
<input type="checkbox"/> Low income <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Crisis food need	<input type="checkbox"/> Bajos ingresos <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Necesidad de alimentos por crisis
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> NSLP (free or reduced-price meals)	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> NSLP (comidas gratis o a precio reducido)
Certification period is up to twelve months. For crisis food need (Section 3), certification period is up to six months. Texas Department of Agriculture can approve crisis food need (Section 3) for seven to twelve months. Give length of certification period if household is eligible. Beginning (month/year): _____/_____ Ending (month/year): _____/_____	Período de certificación dura hasta doce meses. Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis (sección 3), período de certificación dura hasta seis meses. Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar la necesidad de alimentos por crisis (sección 3) por siete a doce meses. Provea la duración del período de certificación si el hogar es elegible. Inicio (mes/año): _____/_____ Final (mes/año): _____/_____

Comments/Comentarios

Date/Fecha _____
Signature of recipient agency official/Firma del funcionario de la agencia receptante _____