



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)

Sites may request but must not require proof of information. / Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información.

Section 1 — Household Information

Sección 1 — Información de hogar

Name of household member/Nombre del miembro de la unidad familiar	Number of household members/ Número de miembros del hogar
Address/Dirección	
<i>Zip code is required at minimum. Full address is not required for eligibility./Se requiere código postal como mínimo. No se requiere la dirección completa para la elegibilidad.</i>	
Name of proxy/Nombre de apoderado	

Section 2 — Categorical Eligibility

Sección 2 — Elegibilidad Categórica

☐ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)/Programa de ayuda suplemental de la nutrición
☐ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)/Asistencia temporal para familias necesitadas
☐ Supplemental Security Income (SSI)/Seguridad de ingreso suplementario
☐ National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)/Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido)
☐ Medicaid/Medicaid

Section 3 — Income Eligibility

Sección 3 — Elegibilidad de Ingresos

Total gross income \$ _____	Ingreso bruto total \$ _____
_____ per year _____ per month _____ per week	_____ por año _____ por mes _____ por semana

Section 4 — Household Crisis Eligibility

Sección 4 — Elegibilidad de Crisis del Hogar

If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here./Si el hogar es elegible para las necesidades alimentarias del hogar en caso de crisis, documenta el motivo de la crisis aquí.

Section 5 — Certification

Sección 5 — Certificación

I certify that: (1) I am a member of the household living at the address provided in Section 1 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 proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.	Certifico que: (1) soy miembro del hogar que vive en la dirección que se da en la Sección 1, 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 corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.
---	---

USDA Nondiscrimination Statement

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling, (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation.

The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

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

This institution is an equal opportunity provider.

Declaración de No Discriminación del USDA

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, 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; or
- (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sections 6 & 7 must be completed by the CE or the site staff:**Section 6 — Eligibility or Ineligibility****Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad**

___ Household is eligible. Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____	___ El Hogar es elegible. Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____
___ Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4). Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____	___ El hogar no es elegible basado en las secciones 2 y 3, pero califica para TEFAP basado en la elegibilidad de crisis del hogar (Sección 4). Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____

Section 7 — Signature and date of CE or site staff**Sección 7— Firma y fecha del CE o del sitio personal**

Signature/Firma _____ **Date/Fecha** _____



Household Intake Form for Barcode

Formulario de admisión del hogar para código de barras

Not a requirement for USDA Food Eligibility / No es un requisito para la elegibilidad alimentaria del USDA

Cell Phone# / Teléfono móvil#: _____

Complete Address / Completa tu dirección: _____

Your Email Address / Su dirección de correo electrónico: _____

PLEASE PRINT CLEARLY. List everyone in the household

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE. Enumere a todos los miembros del hogar.

First Name <i>Primer Nombre</i>	Last Name <i>Apellido</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Gender <i>género</i>	Race or Ethnicity <i>Raza o etnia</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Preferred Language / Idioma preferido _____

Will anyone outside of your household be picking up the food for you? / ¿Alguien fuera de su hogar recogerá la comida por usted? ____ Yes / Sí ____ No / No

If yes, then what is their name, address and phone number? / En caso afirmativo, ¿cuál es su nombre, dirección y número de teléfono? _____

For each question below, please mark the item that pertains to your family.

1. SNAP is anyone in your household currently receiving food stamps? / SNAP ¿Alguien en su hogar recibe actualmente cupones de alimentos? ____ Yes / Sí ____ No / No
2. Does anyone in your household currently receive benefits through the following government programs? / ¿Alguien en su hogar recibe actualmente beneficios a través de los siguientes programas gubernamentales?

____ Child Care Assistance / Asistencia para el cuidado infantil

____ Children's Health Insurance Program (CHIP) / Programa de seguro médico para niños (CHIP)

____ Commodity Supplemental Feeding Program / Programa de alimentación suplementaria de productos básicos

____ Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits / Crédito Tributario por ingreso del Trabajo (EITC) u otros créditos tributarios reembolsables

____ Free/reduced price school meals / Comidas escolares gratuitas o a precio reducido

____ Headstart / Inicio

____ Housing subsidies / Subsidios de vivienda

____ Medicaid / Medicaid

____ Medicare / Medicare

____ Public Housing / Vivienda pública

____ Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments / Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) o pagos por incapacidad

____ Supplemental Security Income (SSI) / Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

____ TANF or cash assistance / TANF o asistencia en efectivo

____ Unemployment / Desempleo

____ Women, Infants, and Children (WIC) / Mujeres, bebés y niños (WIC)

____ None / Ninguno

____ Don't know / Prefer not to answer / No sé / Prefiero no responder
3. In the last month, did you or anyone in your household work for pay full-time (for 30 hours per week or more)? / En el último mes, ¿usted o alguien en su hogar trabajó por UN pago a tiempo completo (30 horas por semana o más)? ____ Yes / Sí ____ No / No

____ Don't Know / Prefer not to answer / No sé / Prefiero no responder

4. Has anyone in your household, including yourself, served on active duty in the U.S. Armed Forces? Active duty includes serving in the U.S. Armed Forces as well as activation from the Reserves or National Guard. / *¿Alguien en su hogar, incluido usted, ha prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? El servicio activo incluye el servicio en las Fuerzas Armadas de los EE. UU., así como la activación de las Reservas o la Guardia Nacional.*

☐ Yes in the Past / *Sí en el pasado*

☐ Yes currently on Active Duty / *Sí, actualmente en servicio activo*

☐ No / No Don't Know / Prefer not to answer / *No sé / Prefiero no responder*

5. Dietary Restrictions for anyone in the household (check all that apply) / *Restricciones dietéticas para cualquier persona en el hogar (marque todas las que correspondan)*

☐ Low-sugar / low-carb ("diabetes-friendly") / *Bajo en azúcar/bajo en carbohidratos ("apto para la diabetes")*

☐ Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy") / *Bajo en sodio/grasas saturadas ("saludables para el corazón")*

☐ Kidney Disease Friendly Diet / *Dieta amigable con las enfermedades renales*

☐ Gluten-free / *Sin gluten*

☐ Kosher / *Comestible según la ley judía*

☐ Vegan / *Vegano*

☐ Vegetarian / *Vegetariano*

☐ Limited / no cooking equipment / *Equipo de cocina limitado/sin equipo*

☐ Food allergen / *Alérgeno alimentario*

☐ Other / *Otro*

☐ No restrictions / *Sin restricciones*

☐ Don't know / Prefer not to answer / *No sé / Prefiero no responder*

6. To improve our programs and connect you with additional services, we may need to share your personal information with third parties, such as healthcare providers, social service providers, and our other partners, as described in our Privacy Policy. Please indicate below whether you agree to share your personal information with these third party organizations. We will not deny you services based on your answer. / *Para mejorar nuestros programas y conectarlo con servicios adicionales, es posible que necesitemos compartir su información personal con terceros, como proveedores de atención médica, proveedores de servicios sociales y nuestros otros socios, como se describe en nuestra Política de Privacidad. Indique a continuación si acepta compartir su información personal con estas organizaciones de terceros. No le negaremos servicios basados en su respuesta.*

☐ I agree to share my personal information with third parties / *Acepto compartir mi información personal con terceros*

☐ I do not agree to share my personal information with third parties / *No acepto compartir mi información personal con terceros*

**Required: You must come in person to finalize the process and
receive your personalized barcode.
Pantry registrations are open Monday-Wednesday 8:00am to 12:00pm.**