

**PROGRAMAS DE ALIMENTOS FINANCIADOS
CON FONDOS FEDERALES Y ESTATALES
ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR ALIMENTO AL HOGAR**

This box is *optional* for local agency use, check one:

- A (Household with minor children)
 B (Household without minor children)

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Código postal	Código de área + teléfono ()

Número de personas en el hogar por edad: Más de 60 años _____ 18-59 años _____ nacimiento-17 años _____ **Total** _____

Esta tabla muestra el ingreso anual bruto para cada tamaño de familia. Si el ingreso de su hogar es igual o menor al ingreso que está en la lista y que corresponde al número de personas en su hogar, usted es elegible para recibir alimentos. Este formulario de certificación se completa en relación con la distribución de alimento del programa financiado por el estado y/o la ayuda federal a través del Programa de Ayuda Alimenticia de Emergencia.

Tamaño del hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso semanal
1	\$23,339	\$1,944	\$448
2	\$31,459	\$2,621	\$604
3	\$39,579	\$3,298	\$761
4	\$47,699	\$3,974	\$917
5	\$55,819	\$4,651	\$1,073
6	\$63,939	\$5,328	\$1,229
7	\$72,059	\$6,004	\$1,385
8	\$80,179	\$6,681	\$1,541
9	\$88,299	\$7,358	\$1,698
Por cada persona adicional sume	\$8,120	\$677	\$156

Por favor, lea cuidadosamente la siguiente declaración, luego firme el formulario y escriba la fecha de hoy.

<p>Certifico que el ingreso bruto actual de mi hogar es igual o menor al ingreso que está en la lista de este formulario y que corresponde a los hogares con el mismo número de personas que mi hogar. También certifico que actualmente mi hogar se encuentra en el área que abarca esta agencia. Los funcionarios del programa pueden verificar que lo que he certificado sea verdad. Entiendo que hacer una certificación falsa puede dar lugar a que yo tenga que pagar al Estado el valor del alimento que me fue entregado incorrectamente y a que yo pueda quedar sujeto a procesamiento criminal conforme a la ley Estatal y Federal.</p>	
Firma X	Día X

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y postulantes a empleo por razón de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, situación familiar o parental, orientación sexual, o por el hecho de que los ingresos de una persona provengan en su totalidad o en parte de algún programa de asistencia pública o tengan la información genética protegida, en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el **Formulario de queja por discriminación del Programa USDA** que se encuentra en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos el formulario de queja completado o la carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410. También puede enviarlo por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas que son sordas, tienen problemas de audición o discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con USDA mediante el Servicio Federal de Transmisión llamando al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (para español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

This box is <i>optional</i> for local agency use, check one:			
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	Firma X	Día X