



Solicitud del hogar para el formulario de admisión de alimentos y despensa del USDA

El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP)

Los sitios pueden solicitar, pero no deben exigir, prueba de información

Sección 1— Información del hogar

Nombre del miembro de la unidad familiar: _____

Primer Nombre

Apellido

Número de miembros del hogar: _____ **Fecha de nacimiento**:

Género:

¿Es usted o un miembro de su hogar un veterano? Sí No

Raza:

Etnicidad:

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Condigo Postal (Requerido)

Condado

Número de teléfono: () _____ Nombre de representante: _____

Sección 2: Elegibilidad categórica: si es elegible según esta sección, ingrese la información y pase a la sección 5.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)

Medicaid

Sección 3—Elegibilidad de ingresos—Si es elegible bajo esta sección, ingrese la información y pase a la sección 5.

Ingreso bruto total: \$ _____ por año _____ por mes _____ por semana

Sección 4—Elegibilidad de Crisis Familiar (para ser completada por el personal)

Si el hogar es elegible para la necesidad alimentaria de crisis, documente aquí el motivo de la crisis.

La certificación por crisis domiciliaria es de hasta seis meses. Comuníquese con la TDA para obtener la aprobación de la necesidad de alimentos en caso de crisis durante siete a doce meses. Duración de la certificación:

Comienzo (mes/año): _____ Fin (mes/año): _____

Sección 5: Elegibilidad o no elegibilidad (para ser completada por el personal)

El hogar es elegible. Duración de la certificación: Comienzo (mes/año): _____ Fin (mes/año): _____

El hogar no es elegible según las Secciones 2 y 3. Complete la Sección 4 si es necesario.

Liberación de información

Oasis Insight es un sistema de base de datos y mantenimiento de registros computarizado empleado por el Banco de Alimentos del Este de Texas que captura información demográfica sobre las personas que necesitan servicios de emergencia, que incluyen, entre otros, asistencia con alimentos, facturas de servicios públicos, medicamentos, pagos de alquiler/hipoteca, etc. El ETEFB administra Oasis Insight en nombre de sus agencias participantes de la Red de asistencia de Oasis Insight.

Con mi firma a continuación, certifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera y correcta, y autorizo y divulgo mi información para su uso en la Red de asistencia de Oasis Insight. Entiendo que toda la información recopilada sobre mí es personal y privada y que no estoy obligado a participar en Oasis Insight. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre Oasis Insight y revisar la información de identificación básica sobre el sistema. Esta Divulgación de información permanecerá vigente durante 1 año a partir de la fecha indicada bajo mi firma en la parte inferior de esta página, a menos que haga una solicitud formal a esta Organización de que ya no deseo participar en Oasis Insight.

Firma del representante del hogar: _____

Fecha: _____

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 EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles 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 de igualdad de oportunidades.

El cliente certifica que : (1) soy miembro del hogar que vive en la dirección provista en la Sección 1 y que, en nombre del hogar, solicito Alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia; (2) toda la información proporcionada a la agencia que determina la elegibilidad de mi hogar es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y (3) si corresponde, la información provista por el representante del hogar es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta.

Sección 6—Firma y fecha del CE o del personal del sitio para verificar la elegibilidad del hogar.

Firma: _____

Fecha: _____

Enumere todas las personas que viven en su hogar, complete con su nombre, sexo, fecha de nacimiento y etnicidad

**(Etnicidad: Blanco = B, Afro

Americano = AA, Indio Americano = IA, Hispano = H, Asiatico = A, Otro = O)**

ESTA INFORMACIÓN NO ES REQUERIDA

| <u>Nombre</u> | <u>Género</u> | <u>Fecha de nacimiento</u> | <u>Etnicidad</u> |
|---------------|---------------|----------------------------|------------------|
| | H M | | B AA IA H A O |
| | H M | | B AA IA H A O |
| | H M | | B AA IA H A O |
| | H M | | B AA IA H A O |
| | H M | | B AA IA H A O |
| | H M | | B AA IA H A O |
| | H M | | B AA IA H A O |
| | H M | | B AA IA H A O |

** No es un requisito para la elegibilidad de alimentos del USDA **