

Minnesota: Formulario anual de elegibilidad del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP)

Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA): Caminos Comunitarios

Nombre: _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____
 Condado: _____ Teléfono # _____

Sólo para uso de oficina:
 Last Name: _____
 ID#: _____

Soy elegible para recibir alimentos básicos de TEFAP porque estoy en Minnesota y porque el ingreso de mi hogar es del 300% o menos de las Pautas Federales de Pobreza. La elegibilidad se otorga a todas las personas en situaciones de emergencia y socorro debido a desastres. También soy elegible si recibo o participo en los siguientes servicios y programas:

OPCIONAL: Compruebe el(los) programa(s) en el que participa:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> MFIP – Minnesota Family Investment Program | <input type="checkbox"/> Child Care Assistance | <input type="checkbox"/> WIC – Women, Infants, and Children |
| <input type="checkbox"/> GA – General Assistance | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Energy Assistance |
| <input type="checkbox"/> SNAP – Supplemental Nutritional Assistance Program | <input type="checkbox"/> Section 8 | <input type="checkbox"/> Weatherization |
| <input type="checkbox"/> NAPS – Nutritional Assistance Program for Seniors | <input type="checkbox"/> Public Housing | <input type="checkbox"/> Free and reduced breakfast and lunch |

Income Eligibility: (300% of Federal Poverty Guidelines)

<u>Tamaño de la familia</u>	<u>Ingreso anual</u>
Uno	\$0 - \$43,740
Dos	\$0 - \$59,160
Tres	\$0 - \$74,580
Cuatro	\$0 - \$90,000
Cinco	\$0 - \$105,420
Seis	\$0 - \$120,840
Siete	\$0 - \$136,260
Ocho	\$0 - \$151,680

Número de personas en el hogar:
 Niños de 0 a 17 años
 Adultos de 18 a 64 años
 Mayores de 65 años

Agregue \$5,140 de ingresos permitidos por cada miembro adicional de la familia

Permiso de apoderado para que otra persona recoja mi comida:

Si le resulta difícil obtener alimentos del estante de alimentos, tiene la opción de seleccionar a otra persona para que recoja su comida.

Doy permiso a: _____ (nombre) para recoger mi comida.

Entiendo que tengo derecho a:

- Cambiar a quién elijo para que recoja mi comida. Es posible que deba completar un nuevo formulario para cualquier cambio.
- Informar al personal del estante de alimentos si deseo cancelar mi permiso.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia responsable o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Para presentar una queja alegando discriminación, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por: correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o fax: (202) 6907442, o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

DECLARACIÓN DE NO DESCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley federal y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas). Si siente que ha sido discriminado, solicite nuestro procedimiento de quejas comunicándose con Community Pathways @ 507-455-2991.

Aviso de privacidad de datos/Advertencia de Tennessee:

Usted tiene derechos bajo la Ley de Prácticas de Datos del Gobierno de Minnesota. Esta Ley protege su privacidad. Estamos pidiendo información para que podamos distinguirlo de otras personas con un nombre similar y decidir cómo servirle mejor.

En general, no está obligado a darnos la información; sin embargo, sin él, no podemos reportar estadísticas precisas que afecten la financiación. La ley nos permite compartir su información (la cantidad de niños, adultos y personas mayores en su hogar y la cantidad de libras de alimentos recibidas) con el personal del Departamento de Servicios Humanos, Hunger Solutions Minnesota, Channel One Food Back y otros que pueden estar autorizados a ver su información para hacer su trabajo.

También tiene derecho a copias de la información que tenemos sobre usted. Si no entiende la información, se le puede explicar. Si cree que la información no es precisa o completa, corríjala con el personal del estante de alimentos.

Entiendo que este aviso de privacidad de datos expirará un (1) año después de haberlo firmado.

Firma

Fecha

Estoy de acuerdo:

- Que toda la información proporcionada en esta solicitud es veraz a mi leal saber y entender.
- Informar a Community Pathways de cualquier cambio en mi solicitud.
- Llevar solo los artículos necesarios para los miembros de mi familia que figuran en esta solicitud.
- Que no venderé, permutaré ni intercambiaré artículos recibidos de Community Pathways y entiendo que hacerlo puede resultar en la pérdida de los privilegios de compra.
- Que no tomaré artículos de Community Pathways que no hayan pasado por el proceso de pago y entiendo que hacerlo resultará en la pérdida de los privilegios de compra.

Community Pathways se reserva el derecho de limitar los alimentos en cualquier momento. Aquellos que se nieguen a cumplir con las limitaciones pueden perder sus privilegios de compra.

Firma

Fecha

Registro de mensajería opcional

MENSAJERÍA DE TEXTO – AUTORIZACIÓN:

Deseo recibir mensajes de Community Pathways por mensaje de texto.

Número de teléfono _____

Iniciales aquí _____

Correo electrónico - Autorización

Doy permiso a Community Pathways para ponerse en contacto conmigo por correo electrónico para recibir actualizaciones y boletines.

Dirección de correo electrónico _____

Iniciales aquí _____

Sólo para uso de oficina:

Application verified by: _____

Initials

Date