

Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP) Formulario de inscripción y autodeclaración de elegibilidad

Fecha: _____

Nombre: _____

Escriba en letra de imprenta y de manera legible.

¿Vives actualmente en RI? Si No

Cantidad de personas que integran el grupo familiar: _____

Es elegible automáticamente si usted o alguien en su grupo familiar reciben alguno de los siguientes beneficios:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia para el cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> SSI o SSDI |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para energía (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> RIWorks | <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad temporal |
| <input type="checkbox"/> Asistencia pública general | <input type="checkbox"/> SNAP (cupones para alimentos) | <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria para refugiados | | |

La siguiente tabla muestra un ingreso bruto anual para cada tamaño de grupo familiar. Si su grupo familiar percibe un ingreso igual o inferior al indicado para la cantidad de personas que conforman su grupo familiar, usted es elegible para recibir productos básicos del TEFAP. Este cuadro representa el 300 % de la línea federal de pobreza.

Tamaño del grupo familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingreso anual	47,880	64,920	81,960	99,000	116,040	133,080	150,120	167,160	184,200	201,240

Lea atentamente la siguiente declaración. Luego, firme el formulario y escriba la fecha de hoy:

Certifico que mi ingreso familiar bruto anual es igual o inferior al ingreso que figura en este formulario para grupos familiares con la misma cantidad de integrantes que el mío, O BIEN, que yo o un integrante de mi grupo familiar actualmente estamos inscritos en el programa marcado anteriormente. También certifico que, a la fecha de hoy, mi grupo familiar vive en el área en la que presta servicios el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia de Rhode Island. Completo este formulario de certificación en relación con mi condición de beneficiario de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden corroborar que lo que certifico en el presente es cierto. Entiendo que, como consecuencia de una certificación falsa, podré estar obligado a pagarle al Estado el valor de los alimentos que se me hayan entregado indebidamente y podrán someterme a un proceso penal conforme a las leyes estatales y federales.

Si se considera que cumple los requisitos, podrá acceder a futuras distribuciones del programa TEFAP hasta que cambien las normas sobre el nivel federal de pobreza, momento en el que se volverá a comprobar si cumple los requisitos. Si los ingresos o la estructura de su hogar cambian antes de esa fecha, usted se compromete a informarlo al programa.

Firma

Fecha

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 (incluyendo identidad de género y orientación sexual), 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; o
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.