

## El Formulario de Poder del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés)

**Instrucciones:** Complete este formulario con tinta y no puede ser modificado una vez completado por el destinatario de TEFAP. Este formulario debe ser presentado en el sitio de distribución por el apoderado que recoja cualquier alimento TEFAP para el destinatario. No envíe este formulario por correo postal ni electrónico.

### Sección de Participantes de TEFAP

Tipo de organización: ☐ Banco de Alimentos ☐ Despensa de alimentos ☐ Despensa móvil de alimentos\*

☐ Comedor de beneficencia

**\*\* Este formulario es válido hasta un año a partir de la fecha de firma o hasta que se actualicen las Pautas de elegibilidad de ingresos de TEFAP.**

**\*Si se trata de una despensa móvil de alimentos, se debe completar la designación de apoderado para cada distribución\***

Fecha en que se completó el formulario: \_\_\_\_\_

**\*El período de certificación de apoderado es válido del 1 de julio al 30 de junio según lo asociado con las Pautas de elegibilidad de ingresos\***

### Información requerida:

Nombre del participante de TEFAP: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Tamaño

del hogar: \_\_\_\_\_

Por la presente designo \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del apoderado) para que actúe como mi apoderado, proporcione información de elegibilidad y recoja mis alimentos TEFAP USDA de la siguiente agencia:

(nombre de la agencia y ubicación del sitio de distribución).

Firma del participante de TEFAP: \_\_\_\_\_

Información opcional: Edades de los miembros del hogar (0-17): \_\_\_\_\_ (18-59): \_\_\_\_\_ (60+): \_\_\_\_\_

### Sección de Apoderado TEFAP

Como Apoderado de TEFAP, estoy obligado a asegurar que el Participante de TEFAP auto-declare que sus ingresos caen dentro de las Guías de Elegibilidad de Ingresos de TEFAP en la página 2.

Además, entiendo que debo presentar una identificación válida para recibir alimentos TEFAP en nombre del Participante TEFAP y proporcionar mi firma en el Formulario de Auto-Declaración TEFAP de la siguiente manera: APODERADO; (Firma del Apoderado).

Firma del Apoderado TEFAP: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Pautas de elegibilidad de ingresos (IEG, por sus siglas en inglés) del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés)**

| Tamaño del hogar                                          | Ingresos anuales | Ingreso mensual | Ingreso semanal |
|-----------------------------------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| <b>1</b>                                                  | \$29,526         | \$2,461         | \$568           |
| <b>2</b>                                                  | \$40,034         | \$3,337         | \$770           |
| <b>3</b>                                                  | \$50,542         | \$4,212         | \$972           |
| <b>4</b>                                                  | \$61,050         | \$5,088         | \$1,175         |
| <b>5</b>                                                  | \$71,558         | \$5,964         | \$1,377         |
| <b>6</b>                                                  | \$82,066         | \$6,839         | \$1,579         |
| <b>7</b>                                                  | \$92,574         | \$7,715         | \$1,781         |
| <b>8</b>                                                  | \$103,082        | \$8,591         | \$1,983         |
| <b>Por cada miembro adicional de la familia, agregue:</b> | \$10,508         | \$876           | \$203           |

Nota: No se le pedirá que proporcione un comprobante de ingresos o su número de seguro social. No se le negarán los alimentos TEFAP si se niega a revelar cualquier información que no sea un requisito de TEFAP. Sin embargo, una agencia puede requerir más información de los participantes para su uso con otros programas.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen 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 en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran 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 (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: [Cómo presentar una queja](#) y 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 de la siguiente manera:

(1) Correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.  
Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles 1400  
Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

(2) Fax: (202) 690-7442, o

(3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.