

Departamento de Agricultura de Carolina del Sur
LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ALIMENTOS SUPLEMENTALES DE EMERGENCIA (TEFAP)

Banco de alimentos contratado: _____

Agencia Distribuidora si es diferente del Banco de Alimentos contratado: _____

Nombre del condado: _____ Fecha de solicitud: _____

Información del solicitante (Imprima claramente)				
Nombre del solicitante:	Edad:	Sexo:	Fecha de nacimiento:	
Dirección residencial:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono de casa:
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono celular:
Ingresos del hogar				
¿El solicitante ya recibe: <input type="checkbox"/> Sellos de alimentos <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI ¿Proporcionó al solicitante una copia de las pautas actuales de ingresos familiares ajustados al 150 por ciento de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Ingreso bruto del hogar: \$ _____ Fuente(s) de Ingresos: _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal Total de miembros del hogar _____				
Autorizo a las siguientes personas a recoger comida para mí en el Centro de Distribución de Alimentos. <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1. _____ 2. _____ </div>				
Verificación de elegibilidad _____ Aprobado _____ No aprobado _____				
<p>De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.</p> <p>Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con 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.</p> <p>Para presentar una queja del programa de discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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 por:</p> <p>(1) Correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; or (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.</p> <p style="text-align: center;">Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.</p>				

El solicitante debe firmar a continuación cada vez después de que se haga la solicitud inicial de asistencia alimentaria de emergencia. La información de elegibilidad proporcionada inicialmente debe ser revisada cada vez para determinar la elegibilidad continua al solicitante.

Mi firma a continuación certifica mi elegibilidad continua para la asistencia del Programa de Productos Básicos del USDA basada en la participación del programa calificado o el ingreso bruto del hogar en o por debajo del límite para el tamaño de mi hogar.

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____