



Tri-County Community Action Agency, Inc.
Shelby County Residents
214 Nacogdoches Street • P. O. Drawer 1748
Center, TX 75935
936-598-6315, ext. 501 (office)/936-598-7377 (fax)

Helping People. Changing Lives

PARTNERSHIP

SOLICITUD DE DESPENSA DE ALIMENTOS HARVEST FOR HOMES

Sección 1 – Certificación

Al firmar a continuación, certifico que:

1. Soy un miembro del hogar que vive en la dirección proporcionada en la Sección 2 y que, en nombre del solicitante, solicito asistencia alimentaria que es distribuida por Tri-County Community Action Agency, Inc. (TCCA) adquirida con fondos de Community Services Block Grant (CSBG);
2. Toda la información proporcionada a TCCA que determina la elegibilidad de este hogar es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y
3. Si corresponde, la información proporcionada por el representante del hogar es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta.

Firma del miembro del hogar: _____ Fecha: _____

Sección 2- Información sobre el Hogar del Solicitante

Nombre del Solicitante: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de Nacimiento del solicitante: _____ Género: M F # Seguro Social del Solicitante: _____

Etnicidad: Blanco Afroamericano Nativo Americano Hispano Asiático Otro

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: () Teléfono móvil: ()

Número de miembros del hogar por grupo de edad:

Niños (0-17) _____ Adultos (18-59) _____ Adultos mayores (60+) _____

Información del Representante: (Un representante es una persona/agente legalmente autorizado para actuar en nombre del solicitante. Usted solo puedes tener UN representante por solicitud)

Nombre del Representante: _____

Dirección del Representante: _____

Ciudad / Estado /Código Postal: _____

Teléfono de casa #: _____ Telefono móvil #: _____

****Enumere todas las demás personas que viven en su hogar, complete con su nombre, sexo, fecha de nacimiento y origen étnico****

(Etnicidad: Blanco=W, Afroamericano=AA, Nativo Americano=NA, Hispano=H, Asiático=A, Otro=O)

Nombre	Género	Fecha de Nacimiento	# Seguro Social	Etnicidad (Marque con un círculo)
	M F			W AA NA H A O
	M F			W AA NA H A O
	M F			W AA NA H A O
	M F			W AA NA H A O
	M F			W AA NA H A O
	M F			W AA NA H A O
	M F			W AA NA H A O
	M F			W AA NA H A O

Sección 3- Elegibilidad Categórica (Si es elegible bajo esta sección, ingrese la información aquí y pase a la Sección 7)

- Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Medicaid Programa de veteranos con verificación de recursos

Sección 4- Ingresos Elegibles (Si es elegible en esta sección, introduzca la información y pase a la Sección 7)

Prueba de Ingresos:

- Empleo (Talones de cheques) Desempleo SSI SSDI RSDI Jubilación Pensión Otros _____

Ingresos Brutos Totales: \$ _____ anuales mensuales quincenales semanales

Sección 5- Información sobre el Seguro de Salud

¿Tiene usted o algún miembro de su hogar seguro médico Sí No

En caso afirmativo, marque la casilla de cada seguro que se utilice en su hogar: Medicaid Medicare Programa Estatal de Seguro Médico para Niños Seguro Médico Estatal para Adultos Atención Médica Militar Compra Directa Basado en el Empleo Mercado Desconocido

Sección-6 Ayuda Alimentaria de Emergencia/Crisis Doméstica (a completar por el personal)

If the household is eligible for crisis/emergency food need, document reason here: *(Crisis assistance will be provided up to 3 months (NOT 3 TIMES) from the 1st date of assistance; after which, the client must show proof of due diligence to improve his/her living situation)*

Si el hogar es elegible a una necesidad alimentaria de crisis/emergencia, documente la razón aquí: *(La ayuda en caso de crisis se proporcionará hasta 3 meses (NO 3 VECES) a partir de la 1^a fecha de ayuda; después de lo cual, el cliente deberá mostrar pruebas de la diligencia debida para mejorar su situación de vida)*

SÓLO PARA EL PERSONAL DE OFICINA

Sección 7- Elegibilidad o Inelegibilidad (a completar por el personal)

- El hogar es elegible Inicio (mes/año) _____ Fin (mes/año) _____
 El hogar no es elegible basado en la Sección 4.

Firma del personal: _____

Fecha: _____



Foto: Gettyimages.com

****POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR****
LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

1. La información proporcionada es verdadera y correcta.
2. Entiendo que mi ingreso bruto familiar no puede exceder el 200% del límite de pobreza federal (FPL) para recibir asistencia a través del Programa de Subvenciones en Bloque para Servicios Comunitarios (CSBG) y se anualiza en el momento del procesamiento de acuerdo con las reglas y procedimientos preestablecidos de la agencia para recibir asistencia. Sin embargo, a partir del 1 de octubre de 2021, el FPL volverá al 125%.
3. Si un cliente ha sido determinado elegible antes del 1 de octubre de 2021, su elegibilidad permanecerá válida hasta un año después de su determinación inicial de elegibilidad. Después de eso, debe volver a solicitar asistencia para servicios de alimentos.
4. Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y a la Agencia de Acción Comunitaria del Tri-Condado, Inc. a solicitar/verificar información, incluyendo la verificación de empleo necesaria para proporcionar asistencia con la asistencia de servicios de alimentos.
5. Soy un solicitante de la Agencia de Acción Comunitaria del Tri-Condado, Inc. Por la presente, doy mi permiso para liberar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confidencialidad para ser utilizada solo para fines del programa.
6. Entiendo que una fotocopia de esta liberación es tan válida como el original y puede ser utilizada para obtener información de empleo o verificar otros datos.
7. Entiendo que, si yo u otro miembro del hogar no tiene ingresos, se debe completar una hoja de Declaración de Ingresos para todos los miembros del hogar mayores de 18 años que no tengan ingresos.
8. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.
9.  Entiendo que la recepción de asistencia a través de tergiversación, falsificación o fraude es punible con multa o prisión, y **QUE ESTOY SUJETO A PROCESAMIENTO POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO EN ESTA SOLICITUD.**

Firma del Representante del Hogar

Fecha

No se aplica (a determinar únicamente por el personal del TCCA)

1. Este formulario debe rellenarse SÓLO si alguien en el hogar tiene 18 años o más y NO RECIBE NINGÚN INGRESO. La parte superior debe ser rellenada por el Solicitante.
2. La parte del medio debe rellenarse con el nombre de la(s) persona(s) del hogar que tenga(n) 18 años o más y NO ESTÉ(N) percibiendo NINGÚN INGRESO.
3. El Solicitante debe indicar por qué la persona o personas no perciben NINGÚN INGRESO.
4. El solicitante debe firmar y fechar el formulario.

DECLARACION DE INGRESOS

Nombre del Solicitante	Apellido	Sufijo
Dirección	Ciudad	Código Postal

Indique los ingresos brutos de los miembros de la unidad familiar, mayores de 18 años, que no dispongan de documentación de los ingresos percibidos en el **periodo de 30** días anterior a la fecha de solicitud de la ayuda:

Nombre	Ingreso Bruto Recibido

Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por las siguientes razones: _____

Certifico que la información proporcionada de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y entender

Entiendo que la información será verificada en la medida de lo posible; y que puedo ser objeto de acciones judiciales por proporcionar información falsa o fraudulenta.

(Firma del Solicitante)

(Fecha)