



Household Application for USDA Foods / Solicitud doméstica de los alimentos del USDA

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) / El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

Sites may request but must not require proof of information. / Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información.

Section 1 — Certification	Sección 1 — Certificación
<p>By signing below, I certify that:</p> <p>(1) I am a member of the household living at the address provided in Section II and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;</p> <p>(2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and</p> <p>(3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.</p> <p>Signature of household member / Firma del miembro de la unidad familiar _____</p>	<p>Al firmar a continuación, certifico que:</p> <p>(1) soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da en la Sección II, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;</p> <p>(2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y</p> <p>(3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.</p> <p style="text-align: right;">Date/Fecha _____</p>

<p>In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.</p> <p>Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.</p> <p>To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:</p> <p>(1) mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;</p> <p>(2) fax: (202) 690-7442; or</p> <p>(3) email: program.intake@usda.gov.</p> <p>This institution is an equal opportunity provider.</p>	<p>De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.</p> <p>Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.</p> <p>Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:</p> <p>(1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;</p> <p>(2) fax: (202) 690-7442; o</p> <p>(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.</p> <p>Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.</p>
---	--

Section 2 — Household Information

Sección 2 — Información de hogar

Name of household member/Nombre del miembro de la unidad familiar		**Phone number** **Numero de Telefono**	
Address (if available)/Dirección (si disponible)			
Number of household members/ Numero de miembros en la familia		**Number of household members by age group**	
		Children (0-17)	Adults (18-59) Seniors (60 +)
Name of proxy/Nombre de apoderado		Address of proxy/Dirección de residencia del apoderado	

Section 3 — Categorical Eligibility

Sección 3 — Elegibilidad Categórica

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)/Programa de ayuda suplemental de la nutrición
 Temporary Assistance for Needy Families (TANF)/Asistencia temporal a familias necesitadas
 Supplemental Security Income (SSI)/Seguridad de ingreso suplementario
 National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)/Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido)
 Medicaid/Medicaid

Section 4 — Income Eligibility

Sección 4 — Elegibilidad de Ingresos

Total gross income \$ _____	Ingreso bruto total \$ _____
_____ per year _____ per month _____ per week	_____ por año _____ por mes _____ por semana

Section 5 — Household Crisis Eligibility

Sección 5 — Elegibilidad de Crisis del Hogar

If household is eligible for crisis food need, document reason for crisis here./Si el hogar es elegible para la crisis de alimentos necesidad, documenta el motivo de crisis aquí.

Certification is up to six months. Contact TDA for approval of crisis food need for seven to twelve months. Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____	La certificación es de hasta seis meses. Comuníquese con TDA para la aprobación de la crisis de alimentos necesidad de siete a doce meses. Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____
---	---

Section 6 — Eligibility or Ineligibility

Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad

<input type="checkbox"/> Household is eligible. Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____	<input type="checkbox"/> Hogar es elegible. Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____
<input type="checkbox"/> Household is ineligible based on Sections 3 and 4. Complete Section 5 if necessary.	<input type="checkbox"/> El hogar no es elegible basado en las secciones 3 y 4. Completa la sección 5 si es necesario.

Section 7 — Signature and date of CE or site staff

Sección 7— Firma y fecha de CE o sitio personal

Signature/Firma _____	Date/Fecha _____
------------------------------	-------------------------

**Not a requirement for USDA Food Eligibility / No es un requisito para la elegibilidad de alimentos



ENTER ALL HOUSEHOLD MEMBERS BELOW (Including Head of Household)
Ingrese todos los miembros en la familia.

First & Last Name <i>Nombre Completo</i>	Relationship <i>Relación</i>	D.O.B. <i>F. d N.</i>	Sex <small>(Circle Male or Female)</small> Sexo	Ethnicity <i>Etnicidad</i>	Employment Status <small>(Full-Time, Part-Time, Disabled, etc.)</small> <i>Estado de Empleo</i>
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		

I understand that the above information is not required for USDA food eligibility. Crossroads has permission to share my information with other organizations.
Entiendo esta forma no es un requisito para la elegibilidad de alimentos USDA. Crossroads tienen permiso para compartir esta información con otras organizaciones.

Client Signature: _____ **Date:** _____
Firma del Cliente *Fecha*

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Participant Rights and Responsibilities

El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP) Derechos y responsabilidades de los participantes

1. I will not be denied USDA Foods if I am determined eligible. *Si soy determinado elegible, no podran negarme viveres del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).*
2. I certify that the information I have provided for eligibility determination is correct to the best of my knowledge. *Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de la elegibilidad es correcta hasta que lo que yo conozco.*
3. I agree to report changes in household circumstances, including, but not limited to, income and household size. *Estoy de acuerdo en informar los cambios en las circunstancias del hogar, incluyendo, pero no limitado a, el ingreso y el tamaño del hogar.*
4. I understand that if I choose a proxy to pick up my food, that person must be listed as a proxy either 1) on my Household Application for USDA Foods or 2) on a note with my signature. *Yo entiendo que si elijo un apoderado para recoger mis viveres, mi deber es informar el nombre de esta persona por escrito en mi solicitud or en una nota con mi firma.*
5. I understand that the food provided by this program is intended for the members of the eligible household. *Yo comprendo que los viveres provistos por el programa están destinado a los miembros del hogar determinado elegible.*
6. I understand that I must not sell or exchange USDA Foods that my household receives. *Yo entiendo que no debo vender ni intercambiar viveres del USDA.*
7. I consent to the release of information to TEFAP staff, which includes officials of United States Department of Agriculture, Texas Department of Agriculture, and the food bank. *Yo presto mi consentimiento para que se divulgue información al personal del Programa TEFAP, que incluye funcionarios del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, del Departamento de Agricultura de Texas y del banco de viveres.*
8. Program staff have advised me of my rights and responsibilities under this program. *El personal del programa me ha asesorado sobre mis derechos y responsabilidades bajo este programa.*
9. I understand that I may request a written copy of TEFAP Written Notice of Beneficiary Rights. *Yo entiendo que puedo solicitar por escrito una copia de los derechos de beneficiarios sobre TEFAP.*
10. I understand that the standards for participation in this program are the same for everyone regardless of race, color, national origin, age, sex, or disability. *Yo entiendo que las reglas de participación es este programa son las mismas para todos sin importar la raza, color, origen ethnico, edad, sexo or discapacidad.*
11. I have read this form, or the form has been read to me. *Yo he leído esta forma, o me han leído esta forma.*
12. The distribution site maintains the right to ensure orderly distribution. *El sitio de distribución mantiene el derecho de garantizar una ordenada distribución.*

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442 or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.