

Life Message Application for Assistance Instructions

Please read this carefully and make sure you follow instructions

1. Life Message Application For Assistance
Fill the application out completely (every section)
Make sure you sign it at the bottom
 2. Household Application for USDA Foods
Fill the form out completely (every section)
Make sure you sign the form on "Signature of Household Member" line
Date the form below your signature
 3. READ: The Emergency Food Assistance Program Participant Agreement, Rights, Obligations and Fair Hearing Request ~ this is yours to keep
 4. Bring with you to register
 - All completed forms
 - Picture ID and a copy of your ID
 - Proof of current residency and a copy of your current residency (example: Lease, Utility Bill, Statement)
-

Life Message instrucciones de aplicación

por favor lea cuidadosamente

1. Life Message instrucciones de aplicación
Complete cada sección
Firma en la parte inferior
2. Solicitud doméstica de los alimentos del USDA
Complete cada sección
firme y fecha
3. LEER: El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia Derechos y responsabilidades de los participantes - Mantener este
4. Para inscribirse traer contigo
 - ormularios cumplimentados todos
 - Identificación con fotografía y una copia de su identificación
- Comprobante de domicilio actual y una copia de su residencia actual (ejemplo: contrato de arrendamiento, factura de electricidad, declaración)

Life Message

Date/fecha: _____

Application for Assistance (solicitud de ayuda)

MUST HAVE: Picture ID & Proof of Residence

proporcionar una identificación con foto y prueba de residencia

First Name/nombre: _____

Last Name: _____ M F

Date of Birth/fecha de nacimiento: _____

Female Head of Household (mujer cabeza de familia)

Currently homeless? (sin hogar) yes no

Staying with someone? (quedarse con alguien) yes no

FAMILY INFORMATION / Información de la familia - (living with you in your house/debe vivir con usted en su casa):

* SPOUSE / OTHER Name (cónyuge / otro nombre): _____ Birthdate: ____/____/____ M F

1. Name/Nombre: _____ Relation (relacion) _____ Birthdate: ____/____/____ M F

2. Name/Nombre: _____ Relation (relacion) _____ Birthdate: ____/____/____ M F

3. Name/Nombre: _____ Relation (relacion) _____ Birthdate: ____/____/____ M F

4. Name/Nombre: _____ Relation (relacion) _____ Birthdate: ____/____/____ M F

5. Name/Nombre: _____ Relation (relacion) _____ Birthdate: ____/____/____ M F

6. Name/Nombre: _____ Relation (relacion) _____ Birthdate: ____/____/____ M F

Address/dirección: _____

Home Phone/telefono de la casa: _____

City/ciudad: _____

Cell Phone/telefono celular: _____

State/estado: _____ Zip/código postal: _____

E-Mail: _____

Driver's License #: _____

State: _____ Out of Country: _____

Language Spoken/Idioma? _____

RACE:

- White
- Hispanic or Latino
- Black or African American w/Hispanic Origin
- Other Multi-Racial w/Hispanic Origin
- Asian w/Hispanic Origin
- Asian & White w/Hispanic Origin
- American Indian/Alaska Native w/Hispanic Origin
- Black/African American & White w/Hispanic Origin
- Native Hawaiian/Other Pacific Islander w/Hispanic Origin
- Am. Indian/Alaska Native & Black/Afr. Am. w/Hispanic Origin
- American Indian/Alaska Native & White w/Hispanic Origin

STATUS: Single (solo) Married (casado) Living Together (viviendo juntos)
 Separated (separados) Divorced (divorciado) Widowed (viudo)

Is anyone in the home a Veteran? / ¿Es usted veteran Self Spouse Other No

Certification

I certify this application has been completed to the best of my knowledge with complete & accurate information. I give Life Message and the City of Rowlett permission to verify any and all information related to my eligibility for assistance. I understand any false statements or omissions of facts relevant to my eligibility will be considered fraud, and that I may be prosecuted under applicable U.S. Codes for this fraud.

** Signature / firma: X _____

Income Information (use additional pages as necessary)

Income includes all money flowing into the household from all persons over 18 years old, plus benefits received on behalf of minor children. Failure to disclose any income or assets is a criminal offense under Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code.

Are you or anyone else 18 years old or older in your household currently employed? / ¿Estátrabajando actualmente Yes No

Household Member	Employer	Monthly Amount Received
		\$
		\$
		\$
Total Monthly Income from Employment		(A) \$

Are you or anyone else 18 years old or older in your household receiving any of the following?

¿Usted o alguien más 18 años o mayores en su hogar recibiendo cualquiera de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Insurance	<input type="checkbox"/> Workman Compensation	<input type="checkbox"/> Social Security
<input type="checkbox"/> SNAP/ WIC	<input type="checkbox"/> TANF (Temporary Assistance Need Families)	<input type="checkbox"/> Unemployment
<input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Income)	<input type="checkbox"/> Disability	<input type="checkbox"/> Alimony
<input type="checkbox"/> Child Support	<input type="checkbox"/> NSLP (National School Lunch Program)	<input type="checkbox"/> Regular Gifts from Family/Friends
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Interest from bank accounts or investments	<input type="checkbox"/> Other sources of income not listed above

If yes to any of the above, provide the following information: Si sí a cualquiera de los anteriores, proporcione la siguiente información

Household Member	Source of Income (Choose from the Above List)	Monthly Amount Received
		\$
		\$
		\$
Total Monthly Income from OTHER income		(B) \$

Total from Box (A) _____ + Total from Box (B) _____ = _____ X 12 = Yearly Income of \$ _____

Please circle the correct 2015 HUD Income Limits. Favor de circular los límites de ingresos de HUD 2015 correcto

Household Member	Low Income (80%)	Very Low Income (50%)	Extremely Low Income (Below 50%)
1 Person	39,450	24,650	14,800
2 Person	45,050	28,200	16,900
3 Person	50,700	31,700	20,090
4 Person	56,300	35,200	24,250
5 Person	60,850	38,050	28,410

Civil Rights Disclaimer

The U.S Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usdagov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

Civil Rights Disclaimer - Spanish Translation / Cláusula de exención de derechos civiles

El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad sexual, religión, represalia y, cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, situación familiar o paternal/maternal, orientación sexual, o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo provienen de algún programa de asistencia pública, o la información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las reglas de prohibición se aplicarán a todos los programas y / o actividades de empleo.) Si desea presentar una queja de discriminación conforme el programa de derechos civiles, llene el Formulario de Quejas por Discriminación en el Programa USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usdagov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos el formulario de queja llenado o una carta por correo al Departamento de Agricultura de EE.UU., Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o al correo electrónico program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades.

**** Signature / firma: X _____**



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

By signing below, I certify that:

- (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;
- (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
- (3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Al firmar a continuación, certifico que:

- (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;
- (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
- (3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.

Signature of household member /

Firma del miembro de la unidad familiar _____

Date/Fecha _____

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, 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.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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:

- (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.

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**

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

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

1. I will not be denied USDA Foods if I am determined eligible.
2. I certify that the information I have provided for eligibility determination is correct to the best of my knowledge.
3. I agree to report changes in household circumstances, including, but not limited to, income and household size.
4. I may appeal any decision made by the food bank or distribution site. I can inform the distribution site or food bank that I want to appeal.
5. 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.
6. I understand that the food provided by this program is intended for the members of the eligible household.
7. I understand that I must not sell or exchange USDA Foods.
8. 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.
9. Program staff have advised me of my rights and responsibilities under this program.
10. I understand that I may request a written copy of TEFAP Written Notice of Beneficiary Rights.
11. 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.
12. I have read this form, or the form has been read to me.
13. The distribution site maintains the right to ensure orderly distribution.

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, 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.

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.

El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés)
Derechos y responsabilidades de los participantes

1. Si soy determinado elegible, no podran negarme viveres del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).
2. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de la elegibilidad es correcta hasta que lo que yo conozco.
3. 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. Yo tengo el derecho de apelar cualquier decision hecha por el banco de viveres o centro de distribucion. Debo de informar mi decision de apelar al banco de viveres o centro de distribucion.
5. 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.
6. Yo comprendo que los viveres provistos por el programa están destinado a los miembros del hogar determinado elegible.
7. Yo entiendo que no debo vender ni intercambiar viveres del USDA.
8. 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.
9. El personal del programa me ha asesorado sobre mis derechos y responsabilidades bajo este programa.
10. Yo entiendo que puedo solicitar por escrito una copia de los derechos de beneficiarios sobre TEFAP.
11. 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.
12. Yo he leído esta forma, o me han leído esta forma.
13. El sitio de distribución mantiene el derecho de garantizar una ordenada distribución.

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 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:

(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.