PANTRY INTAKE FORM

HOUSEHOLD APPLICATION FOR USDA FOODS

Name of Household Member: _____

Number of People in Household: _____ Date of Birth*:_____

Address: _____ City_____Zip_____

Phone Number*: _____

*(*Participant will receive USDA Foods through TEFAP even if a participant refuses to provide their date of birth or phone number)*

Name of Proxy (if applicable): _____

Address of Proxy: _____City_____Zip_____

This person is designated to pick up food on behalf of the eligible individual. The proxy must show ID every time they pick up on behalf of the eligible individual.

If the household receives other assistance, mark the appropriate choice(s) below and skip the "Total Household Income" and crisis situation sections.

___ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
___ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
___ National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)
___ Supplemental Security Income (SSI)
___ Medicaid

Total Household Income: $ _____ per _____

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Income Eligibility Guidelines

July 1, 2019 – June 30, 2020

Based on 185% of Federal Poverty Guidelines					
Household Size	Annual Income	Monthly Income	Twice-Monthly Income	Bi-Weekly Income	Weekly Income
1	$23,107	$1,926	$963	$889	$445
2	$31,284	$2,607	$1,304	$1,204	$602
3	$39,461	$3,289	$1,645	$1,518	$759
4	$47,638	$3,970	$1,985	$1,833	$917
5	$55,815	$4,652	$2,326	$2,147	$1,074
6	$63,992	$5,333	$2,667	$2,462	$1,231
For each additional household member, add:	+ $8,177	+ $682	+ $341	+ $315	+ $158

ANSWER ONLY if your household does not receive the government assistance listed above AND your income does not fall within the USDA income guidelines above: Was there a crisis situation that caused you to need food?

○ Yes ○ No If yes, please state the situation: _____

The USDA Certification period is up to twelve months. For crisis food need the certification period is up to six months. Texas Department of Agriculture can approve crisis food need for seven to twelve months.

CONTINUED ON REVERSE →

PANTRY INTAKE FORM

HOUSEHOLD APPLICATION FOR USDA FOODS

CONTINUED FROM REVERSE

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.

Signature of Household Member: _____ Date:_____

INTAKE STAFF OR VOLUNTEER ONLY:

USDA Certification Period: ____ /____ / _____ to ____ /____ / _____ **Certifier's Signature:** _____ **Date:** ____/____/____

Household is eligible based on the following (check appropriate option):

O Receives government assistance listed above O Low income O Crisis Food Need

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.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

SOLICITUD DOMÉSTICA DE LOS ALIMENTOS DEL USDA

Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información. Se requiere una identificación solo para una recogida de un apoderado (ver más adelante).

Nombre del miembro del hogar: _____

Número de gente en el hogar: _____ Fecha de nacimiento*:_____

Dirección: _____Cuidad_____Codigo Postal_____

Número de teléfono*:_____

**El participante recibirá alimentos del USDA a través de TEFAP, incluso si el participante se niega a proporcionar su fecha de nacimiento o número de teléfono.*

Nombre del apoderado (si procede): _____

Dirección del apoderado: _____Cuidad_____Codigo Postal_____

Esta persona se autoriza a recoger comida en nombre del hogar elegible. El apoderado siempre tiene que mostrar una identificación cuando recojan en nombre de la familia elegible.

Si el hogar recibe otro tipo de asistencia, marque la(s) opción(es) apropiada(s) abajo y salte las secciones de ingresos y situaciones de crisis.

___ Programa de ayuda suplementaria de la nutrición (SNAP)
___ Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF)
___ Programa nacional de almuerzos escolares (NSLP) (comidas gratis o a precio reducido)
___ Seguridad de ingreso suplementario (SSI)
___ Medicaid

Ingreso bruto total y la frecuencia de recibirlo: $ _____ por _____

Cuadro Federal de Elegibilidad Según los Ingresos

Julio 1, 2019–Juno 30, 2020

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	$23,107	$1,926	$963	$889	$445
2	$31,284	$2,607	$1,304	$1,204	$602
3	$39,461	$3,289	$1,645	$1,518	$759
4	$47,638	$3,970	$1,985	$1,833	$917
5	$55,815	$4,652	$2,326	$2,147	$1,074
6	$63,992	$5,333	$2,667	$2,462	$1,231
Cada persona adicional:	+ $8,177	+ $682	+ $341	+ $315	+ $158

CONTESTE SÓLO SI su hogar no recibe una de las formas de ayuda del gobierno enumeradas más arriba Y su ingreso no es más bajo de las cifras establecidas por USDA: ¿Hay una situación de crisis que provoca que Ud. necesite la asistencia de comida?

O Si O No

Si contestó sí, por favor explique: _____

Período de certificación dura hasta doce meses. Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis, período de certificación dura hasta seis meses. Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar la necesidad de alimentos por crisis por siete a doce meses.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

SOLICITUD DOMÉSTICA DE LOS ALIMENTOS DEL USDA

Al firmar a continuación, certifico que:

1. soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da más arriba, 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.

Firma del miembro del hogar: _____ Fecha:_____

INTAKE STAFF OR VOLUNTEER ONLY/*SOLO PARA PERSONAL/VOLUNTARIO*:

USDA Certification Period/*Duración de la certificación del USDA*:____ /____ / _____ to ____ /____ / _____

Certifier's Signature/*Firma del certificador*: _____ **Date/*Fecha*:** _____/_____/_____

Household is eligible based on the following (check appropriate option) *El hogar es elegible basado en lo siguiente (marque la opción apropiada):*
O Receives government assistance listed above/*Recibe asistencia del gobierno listada arriba*
O Low income/*Bajos ingresos* O Crisis Food Need/*Necesitad de alimentos por una crisis*

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.

CENTRAL TEXAS FOOD BANK