

**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 — Household Information****Sección 1 — Información de hogar**

<b>Full Name (First, Middle, Last)/ Nombre Completo</b>		<b>Date of Birth/ Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Address (if available)/ Dirección (si disponible)</b>		<b>**I am unhoused/ **Estoy sin hogar</b>	<b>** Phone Number/**Número de teléfono</b>
<b>City/ Ciudad</b>	<b>State/ Estado</b>	<b>Zip Code/ Código Postal</b>	<b>**Number of Household Members/ Número de miembros del hogar</b>

**Section 2 — Categorical Eligibility****Sección 2 — Elegibilidad Categórica**

<input type="checkbox"/> <b>TANF (Temporary Assistance for Needy Families) / Asistencia temporal para familias necesitadas</b>
<input type="checkbox"/> <b>SSI (Supplemental Security Income) / Seguridad de ingreso suplementario</b>
<input type="checkbox"/> <b>CHIP</b>
<input type="checkbox"/> <b>SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) / Programa de ayuda suplemental de la nutrición</b>
<input type="checkbox"/> <b>Medicaid</b> <input type="checkbox"/> <b>WIC</b>

**Section 3 — Income Eligibility****Sección 3 — Elegibilidad de Ingresos**

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

**Section 4 — Household Crisis Eligibility****Sección 4 — Elegibilidad de Crisis del Hogar**

If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here. / Si el hogar es elegible para las necesidades alimentarias del hogar en caso de crisis, documenta el motivo de la crisis aquí.

**\*\*Name, Date of Birth, and relationship to client for each household member / \*\*Nombre, Fecha de Nacimiento y relación con el cliente de cada miembro de hogar**

1.

2.

3.

4.

**\*\*Name, Date of Birth, and relationship to client for each household member / \*\*Nombre, Fecha de Nacimiento y relación con el cliente de cada miembro de hogar**

5.

6.

7.

8.

**\*\*Are you? (please circle your answer)****\*\*Eres usted? (por favor, rodee su respuesta)**African American/  
Afroamericano

Asian/Asiático

White/Blanco

Hispanic/Hispano

Native American/  
Nativo Americano

Other/Otro

**Section 5 — Certification****Sección 5 — Certificación****By signing below, I certify that:**

(1) I am a member of the household living at the address provided in Section 1 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/****\*\*Firma del miembro del hogar** \_\_\_\_\_**Al firmar a continuación, certifico que:**

(1) soy miembro del hogar que vive en la dirección que se da en la Sección 1, y que solicito en nombre de la unidad familiar los alimentos 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.

**\*\*Date/\*\*Fecha** \_\_\_\_\_

**USDA Nondiscrimination Statement**

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](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, 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](mailto:program.intake@usda.gov).

**This institution is an equal opportunity provider.**

**Declaración de no discriminación del USDA**

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](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 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](mailto:program.intake@usda.gov).

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

**Sections 6 & 7 must be completed by the CE or the site staff:**

**Section 6 — Eligibility or Ineligibility**

**Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad**

<p>___ Household is eligible. Length of certification:</p> <p>Beginning (month/year): _____</p> <p>Ending (month/year): _____</p>	<p>___ El Hogar es elegible. Duración de la certificación:</p> <p>Inicio (mes/año): _____</p> <p>Final (mes/año): _____</p>
<p>___ Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4).</p> <p>Length of certification: Beginning (month/year): _____</p> <p>Ending (month/year): _____</p>	<p>___ El hogar no es elegible basado en las secciones 2 y 3, pero califica para TEFAP basado en la elegibilidad de crisis del hogar (Sección 4).</p> <p>Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____</p> <p>Final (mes/año): _____</p>

**Section 7 — Signature and date of CE or site staff**

**Sección 7— Firma y fecha del CE o del sitio personal**

<p><b>Signature/Firma</b> _____</p>	<p><b>Date/Fecha</b> _____</p>
-------------------------------------	--------------------------------

\*\*This information will not inhibit you from receiving USDA product\*\*

\*\* Esta información no lo inhibirá de recibir el producto USDA \*\*