|  |
| --- |
| Departamento de Agricultura de Texas Octubre de 2023 | **Formulario H1555B** |
| **Solicitud alternativa para hogares para Alimentos del USDA** Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP). *Es posible que las sedes lo pidan, pero no se exige comprobante de información.* |

**Elegibilidad categórica para Alimentos del USDA**

Si un hogar recibe en la actualidad uno o más de los siguientes tipos de asistencia, CE debe marcar el hogar como categóricamente elegible.

|  |  |
| --- | --- |
| Elegibilidad categórica | |
| SNAP | Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria |
| TANF | Asistencia Temporal para Familias Necesitadas |
| SSI | Seguridad de Ingreso Suplementario |
| NSLP | Programa Nacional de Almuerzos Escolares |
| Medicaid | Medicaid |

**Pautas de elegibilidad por ingresos para TEFAP**Vigente del 1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tamaño del hogar | Ingresos totales | | | | |
| **Anuales** | **Mensuales** | **Bimensuales** | **Quincenales** | **Semanales** |
| 1 | $26,973 | $2,248 | $1,124 | $1,038 | $519 |
| 2 | 36,482 | 3,041 | 1,521 | 1,404 | 702 |
| 3 | 45,991 | 3,833 | 1,917 | 1,769 | 885 |
| 4 | 55,500 | 4,625 | 2,313 | 2,135 | 1,068 |
| 5 | 65,009 | 5,418 | 2,709 | 2,501 | 1,251 |
| 6 | 74,518 | 6,210 | 3,105 | 2,867 | 1,434 |
| 7 | 84,027 | 7,003 | 3,502 | 3,232 | 1,616 |
| 8 | 93,536 | 7,795 | 3,898 | 3,598 | 1,799 |
| Para cada miembro adicional, agregue lo siguiente: | +$9,509 | +$793 | +$397 | +$366 | +$183 |

***Certifico lo siguiente:***

**1)** Soy miembro o apoderado del hogar que reside en la dirección provista y que, en nombre del hogar, me postulo a Alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia; **2)** toda la información facilitada a la agencia que determina la elegibilidad de mi hogar es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta. Reconozco que puedo ser procesado por efectuar declaraciones falsas relacionadas con la información que he facilitado para esta solicitud.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miembro o apoderado del hogar Nombre en letra de imprenta** | **Dirección, ciudad y código postal** | **Tamaño del hogar** | **Certificación**  ***(A SER DILIGENCIADA POR EL PERSONAL DE CE O DE LA SEDE)*** | | | |
| **Elegible** | | | **Inelegible** |
| **Categórico** | **Por ingresos** | **Por crisis** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Periodo de certificación.** Los hogares considerados anteriormente como elegibles por categoría o por ingresos están certificados por un año a partir de la fecha que se indica a continuación. Los solicitantes considerados elegibles por crisis están certificados por seis meses a partir de la fecha que se indica a continuación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del miembro del personal de CE o de la sede:** | **Firma** | **Fecha:** |
|  |  |  |