|  |
| --- |
| Departamento de Agricultura de Texas Julio de 2024 | **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 2024 al 30 de junio de 2025

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tamaño del hogar | Ingresos totales | | | | |
| **Anuales** | **Mensuales** | **Bimensuales** | **Quincenales** | **Semanales** |
| 1 | $27,861 | $2,322 | $1,161 | $1,072 | $536 |
| 2 | 37,814 | 3,152 | 1,576 | 1,455 | 728 |
| 3 | 47,767 | 3,981 | 1,991 | 1,838 | 919 |
| 4 | 57,720 | 4,810 | 2,405 | 2,220 | 1,110 |
| 5 | 67,673 | 5,640 | 2,820 | 2,603 | 1,302 |
| 6 | 77,626 | 6,469 | 3,235 | 2,986 | 1,493 |
| 7 | 87,579 | 7,299 | 3,650 | 3,369 | 1,685 |
| 8 | 97,532 | 8,128 | 4,064 | 3,752 | 1,876 |
| Para cada miembro adicional, agregue lo siguiente: | +$9,953 | +$830 | +$415 | +$383 | +$192 |

***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:** |
|  |  |  |