# 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 2022 al 30 de junio de 2023

| Tamaño del hogar | Ingresos totales | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Anuales** | **Mensuales** | **Bimensuales** | **Quincenales** | **Semanales** |
| **1** | $25,142 | $2,096 | $1,048 | $967 | $484 |
| **2** | $33,874 | $2,823 | $1,412 | $1,303 | $652 |
| **3** | $42,606 | $3,551 | $1,776 | $1,639 | $820 |
| **4** | $51,338 | $4,279 | $2,140 | $1,975 | $988 |
| **5** | $60,070 | $5,006 | $2,503 | $2,311 | $1,156 |
| **6** | $68,802 | $5,734 | $2,867 | $2,647 | $1,324 |
| **7** | $77,534 | $6,462 | $3,231 | $2,983 | $1,492 |
| **8** | $86,266 | $7,189 | $3,595 | $3,318 | $1,659 |
| Para cada miembro adicional, agregue lo siguiente: | +$8,732 | +$728 | +$364 | +$336 | +$168 |

***Al firmar a continuación, 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 y firma** | **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:** |
|---|---|---|
| | | |