Programa de Comida de Emergencia del Estado Nuevo Mexico (TEFAP)

HUMAN SERVICES DEPARTMENT

Nombre: _____ Numero de adultos en el hogar: _____

Direccion: _____ Numero de Ninos en el hogar: _____

Ciudad / Estado: _____ Condado de: _____ Numero de Telephono: _____

Elegibilidad Automatica para la Comida de Emergencia de USDA: **Mi hogar recibe SNAP/FDPIR/WIC/CSFP/CACFP/FREE or REDUCED NSLP**

USTED PUEDE OMITIR LA SIGUIENTE SECCIÓN. POR FAVOR FIRME Y FECHA DE LA SOLICITUD

Si Usted No marque la casilla de arriba, por favor continuar:

En la siguiente tabla, marque con un círculo el número de personas en su hogar. Encierra en un círculo el límite de ingresos que coincida con el tamaño del hogar: ¿Es su ingreso igual o menor que el número que marcaste? ☐ Si ☐ No

LIMITE DE INGRESO TOTAL
NUEVO MÉXICO TEFAP / USDA ALIMENTOS DEL PROGRAMA
(July 1, 2020 – June 30, 2021)

Numero De Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Dos veces al Mes	Cada 2 Semanas	Semanal
1	23,606	1,968	984	908	454
2	31,894	2,658	1,329	1,227	614
3	40,182	3,349	1,675	1,546	773
4	48,470	4,040	2,020	1,865	933
5	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092
6	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251
7	73,334	6,112	3,056	2,821	1,411
8	81,622	6,802	3,401	3,140	1,570
For Each Add'l Family Member, Add	8,288	691	346	319	160

Certifico que el ingreso bruto total para mi hogar es igual o inferior al ingreso he encerrado en un círculo o que mi familia es elegible automáticamente en función de los programas que he marcado arriba.

☐ Certifier

_____ _____
Signature Fecha

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.