

Yo, el abajofirmante, acepto indemnizar y eximir de toda responsabilidad a este agente y al Estado de Nebraska, sus Departamentos, directivos, agencias y empleados, por todos los reclamos, demandas, daños, costos, gastos, acciones y causas de acciones que surjan de cualquier acto u ocurrencia relacionada con la expedición y aceptación de los productos de USDA

También certifico que actualmente el ingreso brutos de mi familia es igual o menor que las siguientes cantidades, o que participo en uno de los siguientes: SNAP, ADC, Suplemento del Estado (AABD). Asistencia de Energía, Asistencia médica solamente, Discapacidad del Estado, o programa para Refugiados. Entiendo que si doy información incorrecta para obtener estos alimentos, mi familia puede quedar suspendida permanentemente de este programa. También entiendo que si es elegible, mi familia solo puede recibir estos productos una vez al mes.

Tamaño de familia	Ingreso mensual actual	Tamaño de familia	Ingreso mensual actual	
1	\$ 1,821.00	4	\$ 3,765.00	Para cada miembro adicional de la familia añada \$ 648.00.
2	2,469.00	5	4,413.00	
3	3,117.00	6	5,061.00	

Firma	Dirección	No. de personas en el hogar	Mes	Año

En conformidad con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de EE. UU., a esta institución se le prohíbe discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, clase, o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba al USDA, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-2600 (teléfono de voz y TTY). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

FDP-105-S Rev. 5/18 (54004)
 ((NO se deberá usar la versión anterior))

Yo, el abajofirmante, acepto indemnizar y eximir de toda responsabilidad a este agente y al Estado de Nebraska, sus Departamentos, directivos, agencias y empleados, por todos los reclamos, demandas, daños, costos, gastos, acciones y causas de acciones que surjan de cualquier acto u ocurrencia relacionada con la expedición y aceptación de los productos de USDA

También certifico que actualmente el ingreso brutos de mi familia es igual o menor que las siguientes cantidades, o que participo en uno de los siguientes: SNAP, ADC, Suplemento del Estado (AABD). Asistencia de Energía, Asistencia médica solamente, Discapacidad del Estado, o programa para Refugiados. Entiendo que si doy información incorrecta para obtener estos alimentos, mi familia puede quedar suspendida permanentemente de este programa. También entiendo que si es elegible, mi familia solo puede recibir estos productos una vez al mes.

Tamaño de familia	Ingreso mensual actual	Tamaño de familia	Ingreso mensual actual	
1	\$ 1,821.00	4	\$ 3,765.00	Para cada miembro adicional de la familia añada \$ 648.00.
2	2,469.00	5	4,413.00	
3	3,117.00	6	5,061.00	

Firma	Dirección	No. de personas en el hogar	Mes	Año

En conformidad con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de EE. UU., a esta institución se le prohíbe discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, clase, o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba al USDA, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-2600 (teléfono de voz y TTY). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

FDP-105-S Rev. 5/18 (54004)
 ((NO se deberá usar la versión anterior))