



Iowa Department of Human Services

## The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Eligibility

(Elegibilidad para The Emergency Food Assistance Program (TEFAP))

Nombre	Número de personas en su grupo familiar
Dirección física completa	

La tabla a continuación muestra las pautas de ingreso bruto elegible (antes de impuestos) por tamaño de la familia. Si el ingreso de su grupo familiar se igual o inferior al nivel que se indica, considerando la cantidad de personas en su grupo familiar, usted es elegible.

Pautas de ingreso del TEFAP en vigencia del 1 de julio de 2018 al 30 de junio de 2019

Tamaño del grupo familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	Por cada miembro adicional del grupo familiar agregue:
Ingreso anual	22,459	30,451	38,443	46,435	54,427	62,419	70,411	78,403	+7,992
Ingreso mensual	1,872	2,538	3,204	3,870	4,536	5,202	5,868	6,534	+666
Semanal	432	586	740	893	1,047	1,201	1,355	1,508	+154

También es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su grupo familiar participa por lo menos en uno de los siguientes programas. Marque la casilla al lado del (los) programa(s) que recibe beneficios:

- Asistencia alimenticia (SNAP)       Almuerzo gratis o a precio reducido

**Por favor, lea detenidamente la siguiente declaración. Si está de acuerdo, firme y feche el formulario:**

Certifico que mi ingreso bruto anual por grupo familiar es igual o inferior al indicado en este formulario con el mismo número de personas que mi grupo familiar, O que mi grupo familiar participa en el programa que he verificado en este formulario. También certifico que, al día de hoy, mi grupo familiar vive en Iowa. Este formulario de certificación se completa en relación con la asistencia federal a recibir. Entiendo que una vez que firme este formulario, supone que soy elegible para futuras distribuciones. Entiendo que es necesario informar al banco de alimentos público si mis ingresos aumentan con respecto a la cantidad de ingreso que figura de mi grupo familiar.

Los funcionarios del programa pueden comprobar la veracidad de lo que he certificado. Entiendo que hacer una declaración falsa podría resultar en tener que devolver al estado el valor de los alimentos que haya recibido de manera impropia y que puede someterme a un proceso de cargos criminales bajo las leyes estatales y federales.

Entiendo que la declaración antidiscriminatoria del Departamento de Agricultura (USDA) se encuentra al reverso de este formulario y que puedo solicitar una copia si así lo deseo.

Firma	Fecha
-------	-------

