

**SOLICITUD PARA QUE UN ALTERNO RECOJA LOS PRODUCTOS
PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL DE ALIMENTOS EN CASO DE EMERGENCIA (TEFAP)
GUÍA DE INGRESOS PARA EL 2020**

Fecha: _____

MÁXIMO DE INGRESOS PARA TEFAP

| TAMAÑO DEL HOGAR | INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR | INGRESOS ANUALES DEL HOGAR |
|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | \$2,498.83 | \$29,986.00 |
| 2 | \$3,376.17 | \$40,514.00 |
| 3 | \$4,253.50 | \$51,042.00 |
| 4 | \$5,130.83 | \$61,570.00 |
| 5 | \$6,008.17 | \$72,098.00 |
| 6 | \$6,885.50 | \$82,626.00 |
| 7 | \$7,762.83 | \$93,154.00 |
| 8 | \$8,640.17 | \$103,682.00 |
| 9 | \$9,517.50 | \$114,210.00 |
| 10 | \$10,394.83 | \$124,738.00 |
| Más de 10 | Añada \$877.33 por cada persona | Añada \$10,528.00 por cada persona |

Autorización:

Por medio de la presente autorizo a _____ para que recoja los productos del Programa de Asistencia Temporal de Alimentos en Caso de Emergencia (Emergency Food Assistance Program) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, ya que no puedo hacerlo yo mismo.

Certificación:

Certifico bajo pena de perjurio que los ingresos de mi hogar durante los últimos 30 días no sobrepasan los límites mensuales de TEFAP o que los ingresos de mi hogar durante los últimos doce meses no sobrepasan los límites anuales. También certifico que el número de personas que he notado para el tamaño de mi hogar es verdadero y correcto. Los productos son para el uso de mi hogar y no los venderé, intercambiaré ni regalaré.

Firma

Dirección

Código postal

Número de personas en el hogar

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.