DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Public Health
F-40059S (03/2024)

STATE OF WISCONSIN

Solicitud de elegibilidad para The Emergency Food Assistance Program (El Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia) (TEFAP)

(The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Eligibility Application)

Nombre y ubicación del sitio de distribución	Fecha
Nombre del participante	Número de personas que viven en el hogar
Dirección del participante	☐ Sin dirección permanente

Certifico, mediante autoatestación, que soy elegible para recibir alimentos del USDA, dado que resido en Wisconsin y que el ingreso total en mi hogar es del 200 % o menos según lo establecido en los Federal Poverty Guidelines (Lineamientos Federales de Pobreza) que se mencionan a continuación. Usaré estos alimentos solo para consumo en el hogar. Este formulario se completa en relación con la recepción de asistencia federal. La solicitud tiene validez por un año. Cualquier cambio vinculado a la información del hogar debe ser notificado de inmediato. Libero al USDA, al estado de Wisconsin y a sus agentes de cualquier responsabilidad que resulte de mi recepción de estos alimentos**. Entiendo que una certificación falsa puede obligarme a reembolsar el valor de los beneficios que he recibido y que también puedo ser objeto de un proceso penal.**

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8	Adición por persona agregada
Ingreso bruto									
Anual	$30,120	$40,880	$51,640	$62,400	$73,160	$83,920	$94,680	$105,440	$10,760
Mensual	$2,510	$3,407	$4,303	$5,200	$6.097	$6,993	$7,890	$8,787	
Semanal	$579	$786	$993	$1,200	$1,407	$1,614	$1,821	$2,028	

Autorizo a esta persona a recoger alimentos del USDA en mi nombre como representante:

Fecha de distribución	**Cantidad de personas atendidas**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los EE. UU.) (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o tomar represalia por una actividad de derechos civiles anterior. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, sistema Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación del programa, el Denunciante debe llenar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea en https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, en cualquier oficina del USDA, al llamar al (866) 632-9992 o al enviar una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de derechos civiles) (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser presentados al USDA por: 1. por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; 2. por fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o 3. por correo electrónico: Program.Intake@usda.gov.

Fecha de distribución	Cantidad de personas atendidas