

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Application Form

Formulario de solicitud del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia

Agency Name _____ Date of Distribution _____ / _____ / 2020

Agency Rep. Name (print) _____ & Signature _____

Categorical Eligibility / Elegibilidad Categórica	
SN	Supplemental Nutrition Assistance Program
T	Temporary Assistance For Needy Families
N	National School Lunch Program
SSI	Supplemental Security Income
M	Medicaid

1 st time here? ¿Primera vez aquí? (If "no," skip)	Full Name	Address	City	Zip Code	Number of people in household / Número de personas en el hogar	Categorical Eligibility	Household Income (Ingreso Familiar) Y: yearly/annual M: monthly/mensual W: weekly/semanal	Household Crisis	Proxy Name & Signature / (Nombre de apoderado & Firma)	For Staff Use Only: Eligible (E) or Not (NE)? Sólo para uso de personal: ¿Elegible (E) o No (NE)?
	Nombre Completo	Dirección	Ciudad	Código Postal		Elegibilidad categórica		Elegibilidad de crisis del hogar		
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Yes / Sí				7_____		<input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	\$_____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W		COVID-19	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NE

USDA Nondiscrimination Statement for The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Application Form

Include this page with any set of application forms

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, (AD-3027) found online at: , and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: 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;

or (3) email: program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

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 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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: , (AD-3027) que está disponible en línea en: y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya

(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.