



Niños (0-17) \_\_\_\_\_  
 Adultos (18-59) \_\_\_\_\_  
 Ancianos (60 o más) \_\_\_\_\_

**Oficina de Distribución de Alimentos**

**El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)**

**"Declaración Personal de Necesidad"**

Efectivo desde el 1 de julio del 2023 al 30 de junio del 2024

Invitado ID#: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma de Representante de la Agencia Fecha  
 Catholic Social Services

Dirección

Nombre del Lugar de Distribución Telefono  
 A-000366

Ciudad Estado Código Postal

Localización del Lugar de distribución

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia es operado de acuerdo a las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Elegibilidad es basada según la tasa de ingreso a continuación. El recipiente circulara la línea entera que aplica a su Tamaño de Familia, entendiéndose que deben estar en o por debajo del nivel del ingreso para ser elegible para el programa.

Ingreso total del Hogar (basado en un 185% de pobreza)			
Tamaño de familia (circule uno)	Anual	Mensual	Semanal
1	\$ 26,973	\$ 2,248	\$ 519
2	\$ 36,482	\$ 3,040	\$ 702
3	\$ 45,991	\$ 3,833	\$ 884
4	\$ 55,500	\$ 4,625	\$ 1,067
5	\$ 65,009	\$ 5,417	\$ 1,250
6	\$ 74,518	\$ 6,210	\$ 1,433
7	\$ 84,027	\$ 7,002	\$ 1,616
8	\$ 93,536	\$ 7,795	\$ 1,799
<i>Por cada miembro de familia adicional anade.</i>	\$ 9,509	\$ 728	\$ 183

Entiendo las limitaciones de ingreso del hogar y por la presente certifico que el tamaño de mi familia e ingresos me hacen elegible para participar en el programa. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en el área servida en Pennsylvania por El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia. Esta certificación esta siendo completada en conexión con la recepción de asistencia Federal.

**ENTIENDO QUE HACIENDO FALSO TESTIMONIO PUEDE RESULTAR EN TENER QUE PAGAR EL VALOR DE LOS ALIMENTOS OBTENIDOS IMPROPIAMENTE Y PUEDE SER SUJETO A PERSECUCION BAJO LEYES ESTATALES Y FEDERALES.**

Firma del Recipiente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Devuelva el formulario a su agencia Condado designado. Si no esta seguro de la Agencia correcta, por favor llame la oficina al 1-800-468-2433.

**ESTE FORMULARIO NO DEBE SER ALTERADO O MODIFICADO DE NINGUNA MANERA.**

CONSULTE EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA UNA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN IMPORTANTE DEL USDA

USDA Nondiscrimination Statement

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

(1) correo: U.S. Department of Agriculture

(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](mailto:program.intake@usda.gov).

USDA es un proveedor y empeador de igualdad de oportunidades.

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia		Forma de
Autorización Proxy para el programa TEFAP de Pennsylvania		
		Fecha _____
Yo _____ autorizo a, _____ para recoger mi paquete del alimento TEFAP para ser entregado a mí.		
_____ Firma del cliente	<input type="checkbox"/>	_____ Firma de proxy autorizado
_____ Representante de la Despensa		<input type="checkbox"/> Identificación del proxy verifi

# ESPAÑOL – 2023/24 MARTHA'S CHOICE REGISTRO

Primera Vez a Despensa de Martha's  Cliente Existente  Caminante

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_

Raza/Etnia: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  Otro

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

¿Qué describe mejor la situación laboral actual del jefe de familia?

Tiempo parcial  completo  2 trabajos  Desempleado  Discapacidad  Jubilado

¿Accede a los beneficios de SNAP?  Sí  No

¿Accede a los beneficios de WIC?  Sí  No

¿Tiene necesidades dietéticas específicas y solicitudes de pedido?

Vegano (Sin Carne)  Vegetariano (Sin Carne y Lácteos)  Sin Cerdo  Comida para perros  
 Comida para gatos  Higiene Femenina  Formula Para Bebé  Ensure  Pañales Para Bebé  Pañales Para Adultos

¿Cuántos niños menores de 18 años viven actualmente en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuántos adultos entre 18 y 59 años viven actualmente en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuántos adultos mayores de 60 años viven actualmente en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas en total viven actualmente en su hogar? \_\_\_\_\_

## LAS REGLAS DE MARTHA

**1. SE AMABLE:** ¡ESTAMOS TODOS JUNTOS EN ESTO!

No se tolerará el comportamiento abusivo o irrespetuoso hacia los voluntarios, el personal o los demás invitados y resultará en la pérdida de la tienda.

**2. TODOS LOS HUÉSPEDES DEBEN PROPORCIONAR IDENTIFICACIÓN Y PRUEBA DE RESIDENCIA EN EL CONDADO DE MONTGOMERY**

Se aceptan identificaciones y/o facturas de servicios públicos con nombre y dirección actual.

**3. CADA INVITADO ES ELEGIBLE PARA COMPRAR 1 VEZ POR MES CALENDARIO**

12 tiendas en total por año.

**4. SIEMPRE TRAE TU TARJETA DEL MARTHA'S CLUB CON EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE INVITADO**

Ayúdanos a atenderte rápidamente, ¡ten siempre lista tu tarjeta Martha's Club con el número de identificación del huésped!

¿Necesita una nueva tarjeta? ¡Solo pregunta!

**5. NO VISITAS PARCIALES**

Cada visita a Martha's cuenta como 1 tienda completa.

**6. POR FAVOR NO LLEGUES TEMPRANO**

No llegue más de 15 minutos antes de cualquier apertura.

**7. NO ARMAS / NO FUMAR**

**8. NO TOCAR LA BOCINA / NO TIRAR BASURA / NO FOTOS / NO MALDECIR / NO GRITAR**

**9. HAZ ESPACIO EN TU COCHEANTES TU VIENES**

Asegúrese de haber preparado suficiente espacio en su automóvil para cargar su(s) pedido(s).

**10. POR FAVOR QUÉDATE EN TU VEHÍCULO**

Cargaremos la comida en su automóvil, permanezca en su automóvil por seguridad.

**11. ¿PROBLEMA EN CASA DE MARTHA?** Queremos **todos** Sentirse amado y respetado en Martha's. Si tiene algún problema, infórmese a un gerente o voluntario de inmediato para que podamos resolver el problema.

Leo y reconozco las reglas anteriores: \_\_\_\_\_ (Firma)