

BAG 'N HAND FOOD PANTRY

ST. JOHN'S UNITED METHODIST CHURCH

Una agencia socia de THE FOOD DEPOT – Santa Fe, Nuevo México



Program de Comida de Emergencia del Estado Nuevo Mexico (TEFAP) Comida de Emergencia de USDA

revisado 01 de julio, 2022

1. NOMBRE Y DIRECCIÓN (Sólo esta persona puede recoger el alimento para su familia una vez cada semana – **el Martes o el Jueves**) (Imprime por favor)

Apellido	Nombre Primero	Nombre Segundo	Fecha de Nacimiento <small>(mm/dd/aaaa)</small>	F / M Género <u>F</u> emenino/ <u>M</u> asculino
Dirección de la call / Aparta do postal				Apt. # _____
Ciudad				ID: <input type="checkbox"/> NM DL <input type="checkbox"/> NM ID Other: _____
Estado		Codigo Postal		

- 2. RESIDENCIA** (marque 1): Ciudad de Santa Fe ___ Condado de Santa Fe ___ Otro Condado ___
- 3. GRUPO ÉTNICO** (marque 1): Hispáno ___ Anglo ___ Afroamericano ___ Indio Americano ___ Asiático ___ Otro ___
- 4. MIEMBROS ADICIONALES DE MI HOGAR (NO TE INCLUYAS)**

Nombre primero	Género <u>F</u> emenino/ <u>M</u> asculino	Fecha de nacimiento <small>(mm/dd/aaaa)</small>
(1)		
(2)		
(3)		

Nombre primero	Género <u>F</u> emenino/ <u>M</u> asculino	Fecha de nacimiento <small>(mm/dd/aaaa)</small>
(4)		
(5)		
(6)		

5. ELEGIBILIDAD AUTOMATICA PARA LA COMIDA DE EMERGENCIA DE USDA (Marque las que le corresponden)

En mi hogar recibemos estampillas de comida

SNAP: Si ___ No ___

WIC/CSFP: Si ___ No ___

Supplemental Nutrition Assistance Program (Food Stamps) Programa de comida para mujeres y niños/Commodity Supplemental Food Program

FDPIR: Si ___ No ___

CACFP: Si ___ No ___

Homebound

Food Distribution Program on Indian Reservations

Child and Adult Care Food Program

Si marcó Sí en cualquiera de los puntos anteriores, vaya al número 7; de lo contrario, complete # 6.

6. MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO DE PERSONAS EN SU HOGAR.

ENCIERRA EN UN CÍRCULO EL LÍMITE DE INGRESOS QUE COINCIDA CON EL TAMAÑO DEL HOGAR.

GROSS INCOME LIMITS NEW MEXICO TEFAP/USDA FOODS PROGRAM (July 1, 2022 – June 30, 2023)					
Household Size	Annual	Monthly	Twice per Month	Every 2 Weeks	Weekly
1	25,142	2,096	1,048	967	484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
For Each Add'l Family Member, Add	8,732	728	364	336	168

¿SON SUS INGRESOS IGUALES O MENORES QUE EL NÚMERO MARCADO ARRIBA? SI ___ NO ___

7. CERTIFICO LA INFORMACIÓN ARRIBA ES CORRECTO A LO MEJOR QUE SE.

Firma	Fecha	Certificadora

AUTORIZATION PICK-UP NOMBRE: _____ **ESTADO RAZON:** _____

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, (AD3027) que está disponible en línea en: 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
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- 2) fax: (202) 690-7442
- 3) correo electrónico: <mailto:program.intake@usda.gov>.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.