

**WE CARE FOOD PANTRY
EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)
CERTIFICATION OF ELIGIBILITY TO TAKE FOOD HOME
7 CFR 251**

Name: _____
Address: _____

Number of People In Household: _____
County: _____ LEE _____

The following shows a yearly gross income for each family size. If your household income is at or below the income listed for the number of people in your household, you are eligible to receive food. **The chart below is effective July 1, 2024 - June 30, 2025.**

Household Size	Annual Income	Monthly Income	Twice per Month	Every two Weeks	Weekly Income
1	\$19,578	\$1,632	\$816	\$753	\$377
2	\$26,572	\$2,215	\$1,108	\$1,022	\$511
3	\$33,566	\$2,798	\$1,399	\$1,291	\$646
4	\$40,560	\$3,380	\$1,690	\$1,560	\$780
5	\$47,554	\$3,963	\$1,982	\$1,829	\$915
6	\$54,548	\$4,546	\$2,273	\$2,098	\$1,049
7	\$61,542	\$5,129	\$2,565	\$2,367	\$1,184
8	\$68,536	\$5,712	\$2,856	\$2,636	\$1,318
For each additional family member add:	\$6,994	\$583	\$292	\$269	\$135

The chart details eligibility criteria for monthly income, income received twice monthly (24 payments per year), income received every two weeks (26 payments per year) and weekly income.

You are eligible to receive food from TEFAP if your household meets the income guidelines above or participates in any of the following programs. Please place a checkmark in the space next to the category that applies.

- _____ Income eligibility
- _____ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (aka Food Stamps)
- _____ Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
- _____ Supplemental Security Income (SSI)
- _____ Medicaid

Please read the following statement carefully and then sign the form and write in today's date. You only need to meet one of these requirements to be eligible to receive USDA foods.

I certify that my yearly household gross income is at or below the income listed on this form for households with the same number of people OR that I participate in the program(s) that I have checked on this form. I also certify that as of today, I reside in the State of Florida. This certification is being submitted in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify what I have certified to be true. I understand that making a false certification may result in having to pay the State agency for the value of the food improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under State and Federal law.

Signature: _____

Date: _____

THIS CERTIFICATION IS VALID FOR A PERIOD OF ONE YEAR and may be renewed as needed. Any changes in the household's circumstances must be reported to the distributing agency immediately.

OPTIONAL: I authorize _____ to pick up USDA foods on my behalf.



We are here to help you during this difficult time. The WeCare Food Assistance Program offers emergency food for you and your immediate family. Please complete this application and return to the WeCare office. Completion of this form is not a requirement to receive USDA food.

Applicant Name: _____

Phone Number: _____ Ok to leave a message? (Please Circle) Yes or No

*You will be contacted regarding the date of your first pick up.

Number of children in the household (ages 0-17yr.): _____

Names:	Birthdate:	Sex:

Number of Adults in the household (ages 18-64yr.): _____

Names:	Birthdate:	Sex:

Number of Seniors in the household (ages 65 and over): _____

Names:	Birthdate:	Sex:

I understand that I am eligible to receive food assistance and that food is distributed every 2 weeks

	Date Received Food	Signature	Total # people in household	A 18+	C B-17	S 65+
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

This Institution is an equal opportunity provider

WE CARE FOOD PANTRY

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA (TEFAP)
CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR ALIMENTOS A LA CASA
7 CFR 251**

Nombre: _____
Dirección: _____

Número de personas en la casa: _____
Condado: LEE

La siguiente tabla le ayudará a determinar su elegibilidad de acuerdo a su ingreso y a su composición familiar. Si el ingreso de su hogar está al nivel o por debajo del nivel indicado, de acuerdo al número de miembros en su familia, es elegible para recibir alimentos. La tabla de abajo es efectiva desde el 1 Julio 2024– 30 Junio 2025.

Número de Miembros del Hogar	Ingresos Anuales	Ingresos Mensuales	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Ingresos Semanales
1	\$19,578	\$1,632	\$816	\$753	\$377
2	\$26,572	\$2,215	\$1,108	\$1,022	\$511
3	\$33,566	\$2,798	\$1,399	\$1,291	\$646
4	\$40,560	\$3,380	\$1,690	\$1,560	\$780
5	\$47,554	\$3,963	\$1,982	\$1,829	\$915
6	\$54,548	\$4,546	\$2,273	\$2,098	\$1,049
7	\$61,542	\$5,129	\$2,565	\$2,367	\$1,184
8	\$68,536	\$5,712	\$2,856	\$2,636	\$1,318
Por cada miembro adicional del hogar añada:	\$6,994	\$583	\$292	\$269	\$135

La tabla indica la cantidad de ingresos para ser considerado elegible; ya sean ingresos mensuales, ingresos recibidos dos veces al mes (24 pagos al año), ingresos recibidos cada dos semanas (26 pagos al año), o ingresos semanales.

Es elegible para recibir alimentos según su ingreso familiar, o si su familia recibe ayuda de cualquiera de los siguientes programas:

- _____ Elegibilidad por ingreso
- _____ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) fka Food Stamps/Cupones de alimentos
- _____ Asistencia Temporal a Familias de Necesidad (TANF)
- _____ Ingreso Suplementario (SSI)
- _____ Medicaid

Favor de leer cuidadosamente la siguiente declaración, firmar este formulario, y añadir la fecha. El requisito para ser elegible para recibir la ayuda de alimentos TEFAP es que cumpla con al menos uno de los requisitos antes mencionados.

Certifico que el ingreso de mi núcleo familiar está al nivel, o por debajo del nivel de ingreso, de acuerdo al número de miembros en mi núcleo familiar, ya establecido; o que recibo ayuda de alguno de los programas de asistencia indicados anteriormente. Además, certifico que en este momento resido en el estado de la Florida. Cualquiera de sus oficiales puede verificar que lo declarado en esta forma es correcto. Entiendo que si hago una declaración falsa en cuanto a la información arriba provista, puede resultar en tener que pagar a la agencia del estado el valor de los alimentos recibidos inapropiadamente, y puede resultar en un delito bajo las leyes del estado y las leyes federales.

NOMBRE (Firma)

FECHA

Esta certificación es válida por un año y puede ser renovada si las circunstancias cambian.

OPCIONAL: Autorizo a _____ para recoger alimentos de USDA en mi nombre.



Estamos aquí para ayudarle durante este momento difícil. El programa de asistencia alimentaria WeCare ofrece alimentos de emergencia para usted y su familia inmediata. Complete esta solicitud y devuélvala a la oficina de WeCare. Completar este formulario no es un requisito para recibir alimentos del USDA.

This Institution is an equal opportunity provider

Nombre del solicitante: _____

Número de teléfono: _____ ¿Está bien dejar un mensaje?(Por favor circule) Sí o No

*Se le contactará con respecto a la fecha de su primera recogida.

Numero de niños en el hogar (siglos 0-17): _____

Nombres:	Fecha de nacimiento:	Sexo:

Numero de adultos en el hogar (siglos 18-64): _____

Nombres:	Fecha de nacimiento:	Sexo:

Número de personas mayores en el hogar (siglos 65 y más): _____

Nombres:	Fecha de nacimiento:	Sexo:

Entiendo que soy elegible para recibir asistencia alimentaria y que los alimentos se distribuyen cada 2 semanas.

	Fecha de recepción de la comida	Firma	# total de personas en el hogar	A 18+	C 0-17	S 65+
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						