

WE CARE FOOD PANTRY

EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA (TEFAP) CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR COMIDA A CASA 7 CFR 251

Nombre: _____

Número de Personas en el Hogar: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____

Si usted es ciudadano de los Estados Unidos o un "extranjero calificado", según se define en 8 U.S.C. 1641, y 1) los ingresos de su grupo familiar son iguales o inferiores al límite de ingresos correspondiente al número de personas de su grupo familiar, o 2) participa en determinados programas de asistencia (SNAP, TANF, SSI o Medicaid), es elegible para recibir alimentos de TEFAP.

TEFAP Directrices de Elegibilidad por Ingreso – 2026.

Tamaño del Hogar	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Dos veces por Mes	Cada dos Semanas	Ingreso Semanal
1	\$47,880	\$3,990	\$1,995	\$1,842	\$921
2	\$64,920	\$5,410	\$2,705	\$2,497	\$1,248
3	\$81,960	\$6,830	\$3,415	\$3,152	\$1,576
4	\$99,000	\$8,250	\$4,125	\$3,808	\$1,904
5	\$116,040	\$9,670	\$4,835	\$4,463	\$2,232
6	\$133,080	\$11,090	\$5,545	\$5,118	\$2,559
7	\$150,120	\$12,510	\$6,255	\$5,774	\$2,887
8	\$167,160	\$13,930	\$6,965	\$6,429	\$3,215
Para cada miembro adicional de la familia agregar:	\$17,040	\$1,420	\$710	\$655	\$328

Usted es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su hogar cumple con las pautas de ingresos anteriormente mencionadas o participa en alguno de los siguientes programas. Por favor, coloque una marca de verificación en el espacio junto a la categoría que aplique.

- ☐ Elegibilidad por Ingresos
☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (también conocido como Food Stamps)
☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
☐ Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
☐ Medicaid

Certificación:

*Certifico, mediante auto-declaración, que mi ingreso bruto anual familiar es igual o inferior al ingreso indicado en este formulario para los hogares con el mismo número de personas **O** que participo en los programa(s) que he marcado en este formulario. También certifico que, a día de hoy, resido en el Estado de Florida. y, de conformidad con la Orden Ejecutiva 14218 del 02/19/2025, soy ciudadano de los Estados Unidos o un "extranjero calificado", según se define en 8 U.S.C. 1641. Esta certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia Federal. Entiendo que hacer una certificación falsa puede dar lugar a que tenga que pagar a la agencia Estatal por el valor de los alimentos emitidos indebidamente para mí y puede someterme a procesos civiles o penales conforme a las leyes estatales y federales.*

Imprimir: _____

Firma: _____ Fecha: _____

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