El Programa de Asistencia para Comida de Emergencia (TEFAP) Declaración de Representación

DESPENSA: _____ **CONDADO:** _____

DIRECCIÓN DESPENSA: _____

El destinatario proporciona la información a continuación y certifica los ingresos del hogar o la elegibilidad categórica.

Eligibilidad automática: Mujeres, Infantes, y Ninos (**WIC**) ____	Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (**SNAP**) ____	Programa Nacional de Almoerzos Escolares (**NSLP**) ____

OPCIONAL Y NO REQUERIDO PARA RECIBIR COMIDA

Age ranges: ____ # 0-5 ____ #6-17 ____#18-54 ____#55-59 ____#60-64 ____#65+ ____# Veterano

Race: ___ Blanco ___Negro ___Asiático___Indio americano / native de Alaska ___Indio americano / isleño del pacífico

Ethnicity: ____ Hispano o Latino ____ No Hispano o Latino

Empleado? ____ Yes ____ No

INFORMACIÓN DEL DESTINATARIO

NOMBRE	# EN LA CASA

CIUDAD	CONDADO

INFORMACIÓN DEL PROXY

NOMBRE

CIUDAD	CONDADO

La designación de proxy es Temporal Permanente	Personal del sitio completando el formulario _____ Fecha _____

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de genero y orientacion de sexual), edad, discapacidad,venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al **(202) 720-2600** (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al **(800) 877-8339**. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en https://www.usda.gov/sites/default/files/ documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section 508 Compliant.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al **(866) 632-9992**, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de: **correo postal:** U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o´ **fax:** (833) 256-1665 o´ (202) 690-7442; or **correo electrónico:** program.intake@usda.gov. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.