



The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Eligibility
(Elegibilidad para el Programa de Emergencia de Asistencia para Alimentos)

Nombre	Cant. de personas en el grupo familiar
Domicilio completo	

La siguiente tabla muestra los ingresos brutos (antes de descontar impuestos) para ser elegible según el tamaño de la familia. Usted califica si los ingresos de su grupo familiar son iguales o inferiores a los indicados según la cantidad de personas en su grupo familiar.

Normas sobre Ingresos para TEFAP, vigentes del 1 de julio de 2016 al 30 de junio de 2017

Tamaño del grupo familiar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Por semana
1	21,978	1,832	916	846	423
2	29,637	2,470	1,235	1,140	570
3	37,296	3,108	1,554	1,435	718
4	44,955	3,747	1,874	1,730	865
5	52,614	4,385	2,193	2,024	1,012
6	60,273	5,023	2,512	2,319	1,160
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
Por cada persona adicional, agregue:	+7,696	+642	+321	+296	+148

También califica para recibir alimentos de TEFAP si su grupo familiar participa en al menos uno de los siguientes programas. Marque la(s) casilla(s) si recibe beneficios de estos programas:

- Food Assistance (SNAP) Almuerzos gratis o a precios reducidos

Por favor, lea la siguiente declaración cuidadosamente. Si está de acuerdo, firme y agregue la fecha en el formulario:

Certifico que el ingreso de mi grupo familiar es igual o inferior al ingreso indicado en este formulario para el tamaño de nuestro grupo familiar, O que mi grupo familiar recibe Food Assistance (asistencia para alimentos) o almuerzos gratis o a precios reducidos como se indica. Además, certifico que actualmente mi grupo familiar vive en Iowa. Acepto que los funcionarios del programa verifiquen que lo declarado es verdadero.

Firma	Fecha
-------	-------

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Alimentos de TEFAP recibidos en las siguientes fechas con firma.

Nombre en imprenta	Firma	Fecha