

REGISTRO DE INGESTA DE CROTON CORTLANDT FOOD PANTRY

CONTACTO PRINCIPAL/INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA (usted) – Escriba en letra de molde

C O N T A C T O	NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
			— / — / — (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
INFORMACIÓN DE DIRECCIÓN Y HOGAR				
D	Dirección:		Código postal:	
C	Cellular # : (____) ____ - _____		Otro # : (____) ____ - _____	

¿QUÉ IDIOMAS SE HABLAN EN SU HOGAR?

O T R O	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
ORIGEN ÉTNICO			
E	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Midio Oriente / Norte de África <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico/anglosajón	<input type="checkbox"/> Birracial/Multirracial <input type="checkbox"/> Otro

MIEMBROS DEL HOGAR ADICIONALES:

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO O	EDAD	GÉNERO
		— / — / — (mm/dd/aaaa)		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
		— / — / — (mm/dd/aaaa)		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
		— / — / — (mm/dd/aaaa)		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
		— / — / — (mm/dd/aaaa)		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
		— / — / — (mm/dd/aaaa)		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro

Solo para uso interno:	<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Renewal	Card #: _____	Date: _____
------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------	-------------



Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP) Declaración de elegibilidad

Nombre del beneficiario:			
Código postal:	Total de miembros del hogar:		

Paso 1: Marque una de las dos casillas siguientes para indicar su elegibilidad para el Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (The Emergency Food Assistance Program, TEFAP).

- Elegibilidad categórica:** Usted es categóricamente elegible para recibir alimentos del Departamento de Agricultura (United States Department of Agriculture, USDA) a través del TEFAP si su hogar participa en cualquiera de los siguientes programas: **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)**, **Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)**, **Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)**, **Medicaid** o **Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)**.
- O -
- Ingresos del hogar:** Si el ingreso bruto anual del hogar es igual o menor al 225 % del nivel federal de pobreza para el número de personas en su hogar, puede ser elegible para recibir alimentos del USDA a través del programa TEFAP (ver el anexo A).

Paso 2: Marque la casilla siguiente para dar fe, luego firme y feche.

- Al marcar esta casilla, usted declara que lo siguiente es verdadero:**
- El nombre del beneficiario, el código postal y el tamaño del hogar que se indican arriba son correctos.
 - El beneficiario vive en el estado de Nueva York (no se requiere un período mínimo de residencia).
 - El beneficiario cumple las pautas de elegibilidad de TEFAP del paso 1.
 - Estos alimentos son solamente para consumo en el hogar del beneficiario, y no se venderán, comercializarán ni intercambiarán.
 - El beneficiario está enterado de sus derechos civiles, que se describen en la "Declaración de no discriminación" del USDA más adelante.

Firma (opcional)

Fecha (obligatoria)

Este formulario debe permanecer en el lugar donde se reciben los alimentos.

Declaración de no discriminación del USDA

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA_ProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles.

El formulario [AD-3027](#) completado o la carta debe presentarse a USDA por:

- correo:**
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; o
- correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.