

**División de Distribución de Alimentos del Departamento de Agricultura y Servicios  
al Consumidor de Carolina del Norte**

**LA AUTORIZACIÓN PARA UN REPRESENTANTE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA  
ALIMENTARIA DE EMERGENCIA (TEFAP)**

|  |
|--|
| Nombre del banco de alimentos/despensa de alimentos/centro de distribución:                        |
| Nombre del participante:   |
| Residencia del participante (solo condado y estado):   |
| Cantidad de personas que viven en el hogar del participante:                                       |
| ¿El participante recibe beneficios de FNS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ingreso bruto mensual del hogar: \$  |

**Autorizo a la siguiente persona(s) a recoger alimentos por mí en este centro de distribución del TEFAP:**

|  |
|--|
| Nombre completo del representante:         |
| Nombre completo del representante:         |
| Firma del participante: _____ Fecha: _____ |

**\*EL PERÍODO DE AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE ES VÁLIDO DEL 1 DE OCTUBRE  
AL 30 DE SEPTIEMBRE Y DEBE RENOVARSE ANUALMENTE CON LAS PAUTAS  
ACTUALIZADAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS\***

**Los participantes del TEFAP pueden actualizar su información o cambiar su(s) representante/representantes  
designados en cualquier momento durante el año.**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, un reclamante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del reclamante y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por correo postal:

- (1) Correo: Departamento de Agricultura de los EE. UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles,  
1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442
- (3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**