



**A TRAVÉS DE MI DECLARACIÓN VOLUNTARIA Y LA RECEPCIÓN DE ALIMENTOS DEL USDA/TEFAP, CERTIFICO QUE:**

- He revisado los requisitos del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia (TEFAP) que se citan a continuación.
- Todos los miembros del hogar reciben algún tipo de asistencia pública o tienen un ingreso bruto mensual combinado que se encuentra dentro de los límites de ingresos que se muestran en la hoja de requisitos.
- Todos los miembros de mi hogar residen en Missouri.
- Los miembros de mi hogar no han recibido alimentos TEFAP más de dos veces en el mes natural en curso.

**COMPRENDO QUE:**

- Según las leyes vigentes, se pueden interponer acciones judiciales en mi contra por aceptar alimentos que no tengo derecho de recibir.
- Se prohíbe vender, intercambiar, regalar o asignar un fin ajeno al uso en el hogar a los alimentos TEFAP.

**REQUISITOS**

Hay dos formas en que se determina si los ingresos de un hogar reúnen los requisitos del TEFAP:

- 1) Ser un hogar de Asistencia Pública (PA) en el que todos los miembros del hogar reciben o están incluidos en la subvención de una o más formas de asistencia pública.
- 2) Si el hogar no reúne los criterios de un hogar de Asistencia Pública, los ingresos brutos del hogar no pueden superar el límite máximo de ingresos que corresponde a los integrantes del hogar. (NPA)

**NOTA:** Los hogares que reúnan los criterios del inciso 1 quedan exentos de la revisión de los ingresos del inciso 2.

**CRITERIOS DE ADMISIÓN**  
(Vigentes a partir del 1 de abril del 2024)

La Asistencia Pública incluye, entre otros programas:

185%  
del nivel federal de pobreza

- Asistencia Temporal (TA/TANF)
- Cupones para Alimentos/SNAP
- Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- MO HealthNet (antes Medicaid)
- Apoyo Público a la Vivienda (HUD, Section 8)
- Supplemental Aid to the Blind (SAB)
- Blind Pension (BP)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Women, Infants, and Children (WIC)

Integrantes del hogar	Ingreso mensual
1	\$2,322
2	\$3,151
3	\$3,981
4	\$4,810
5	\$5,639
6	\$6,469
7	\$7,298
8	\$8,128

**NOTA:** Medicare, Seguro Social, Incapacidad del Seguro Social (SSDI), Subsidio de desempleo y beneficios de VA **NO** se consideran Asistencia Pública

Por cada

integrante

Con apego a la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que esta institución discrimine por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o en represalia o venganza por actividades de derechos civiles llevadas a cabo con anterioridad.

La información del programa podría ponerse a disposición en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para conocer la información del programa (ej., sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local que gestiona el programa o llamar al teléfono del TARGET Center del USDA, (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service, al teléfono (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia contra discriminación, llene el Formulario para Denunciar Discriminación en un Programa del USDA (Formulario AD-3027), el cual puede obtener en el siguiente enlace: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, o en cualquier oficina del USDA, o llamando al teléfono (866) 632-9992, o bien escribiendo una carta dirigida al USDA que incluya el nombre, domicilio y número telefónico del denunciante, junto con una descripción escrita suficientemente detallada del presunto acto de discriminación para que el Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) conozca la naturaleza y la fecha de la presunta violación a los derechos civiles. Envíe el formulario AD-3027 con sus datos al USDA a través de cualquiera de las siguientes vías:

- 1: correspondencia:  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400  
Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
- 2: fax:  
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
- 3: correo electrónico:  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que garantiza igualdad de oportunidades.

## INSTRUCCIONES DE USO DE LA SOLICITUD

### PARA RECIBIR ALIMENTOS DEL USDA

#### (FORMULARIO FD-15A)

La solicitud para recibir alimentos del USDA consta de dos partes: la 1.<sup>a</sup> Parte (FD-15A-Part 1), que enumera los requisitos del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia y la declaración contra la discriminación de los derechos civiles del USDA; y la 2.<sup>a</sup> Parte (FD-15A-Part 2), que contiene las declaraciones y campos para capturar la información requerida sobre el solicitante y su hogar.

#### El personal del almacén de alimentos deberá hacer lo siguiente:

1. Mostrar juntas la 1.<sup>a</sup> Parte y la 2.<sup>a</sup> Parte del formulario FD-15A en la zona de registro. Los solicitantes **deben** revisar los requisitos antes de introducir información en la 2.<sup>a</sup> Parte o firmarla.
2. Introducir el NOMBRE DEL ALMACÉN y el MES Y AÑO DE DISTRIBUCIÓN en el formulario FD-15A-Part 2.
3. Aceptar o rechazar la elegibilidad del hogar llenando las casillas de la 2.<sup>a</sup> Parte con los términos PA Acreditado, NPA Acreditado o RECHAZADO (*Approved PA*, *Approved NPA* o *DENIED*, respectivamente).
  - Si todos los miembros del hogar reciben Asistencia Pública, se marca la casilla PA Acreditado (*Approved PA*).
  - Si algún miembro en el hogar no recibe ningún tipo de Asistencia Pública, los ingresos del hogar deben ceñirse a los límites que establece el programa. Si los ingresos del hogar se encuentran dentro de los límites del programa, se marca la casilla NPA Acreditado (*Approved NPA*).
  - Si el hogar no reúne los requisitos, se marca la casilla RECHAZADO (*DENIED*).

#### El representante del hogar o el representante autorizado deberá:

1. Revisar los requisitos del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia en el formulario FD-15A-Part 1.
2. Llenar los siguientes campos: INTEGRANTES DEL HOGAR, DOMICILIO, CIUDAD Y FECHA en el formulario FD-15A-Part 2.
3. Firmar en el campo FIRMA DEL BENEFICIARIO para indicar que acepta lo que se manifiesta.