



**ARMARIO DE ALIMENTO
FORMA DEL PRODUCTO**
Efectivo: 1 de Julio 2009 hasta 30 de Junio 2010
Agencia: Lamb Foundation Cornucopia Cupboard
Fecha:



Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfono: _____

SSN: (optativa) _____

Reconozco que CADCOM estará en recepción de esta información

Firma

Fecha

¿Usted recibe o ha solicitado Cupones para Alimentos? **Sí Non**

¿Usted gustaria más informacion sobre Cupones para Alimentos? **Sí Non**

Por favor completa la siguiente información por cada miembro de su hogar:

Nombre	Edad			El grado más alto completado	Empleado en los 3 meses pasados	Recibe ventajas de Seguridad Social	Raza
	0-17	18-59	60+				
					Y N	Y N	
					Y N	Y N	
					Y N	Y N	
					Y N	Y N	
					Y N	Y N	
					Y N	Y N	

Si es necesario, continua escribir por tras del formulario



Departamento de Agricultura de Pennsylvania
Programa de Emergencia Asistencia Para Comida
 (En ingles TEFAP)
Declaración de Necesidad
(150% de Pobreza del nivel de Pobreza Federal)



The Montgomery County Community Action Development Commission

* "Helping People. Changing Lives."

Efectivo: 1 de Julio 2009 hasta 30 de Junio 2010

El programa TEFAP es operado de acuerdo a las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, incapacidad o religión. La elegibilidad es basada según la tasa de ingreso que sigue.

Entiendo las limitaciones de ingreso del hogar y certifico que el tamaño de mi hogar y mi ingreso me hacen elegible para participar en el programa. También certifico que, hasta el día de hoy, mi hogar vive en el área servida por el Programa de Emergencia para Asistencia Alimenticia de PA. Esta certificación esta siendo completada en conexión con el recibimiento de asistencia Federal.

Ingreso de Familia Total



Indique por favor los ingresos **máximos** totales para su **casa** marcando una **X** en la caja

	Anual	Mes
	\$16,245	\$1,354
	\$21,855	\$1,821
	\$27,465	\$2,289
	\$33,075	\$2,756
	\$38,685	\$3,224
	\$44,295	\$3,691
	\$49,905	\$4,159
Agregue	\$5,610	\$468

Marque el numero de cada uno:

- ____ Niños (0-17)
 ____ Adultos (18-59)
 ____ Personas Mayores (60+)
 ____ Total

ENTIENDO QUE HACIENDO FALSO TESTIMONIO PUEDE RESULTAR EN TENER QUE PAGAR EL VALOR DE LA COMIDA OBTENIDA IMPROPIAMENTE Y PUEDO SER SUJETO A PERSECUCIÓN BAJO LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

_____ Nombre		Cornucopia Cupboard Representante de Agencia		
_____ Calle		_____ Apt. #		
_____ Ciudad		_____ Estado	_____ Código Postal	
_____ Firma				Lamb Foundation Sitio de Distribución
_____ Fecha				

De acuerdo a las leyes federales y normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución esta prohibida a discriminar por base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, incapacidad o religión. Si usted siente que ha sido discriminado, favor de completar Forma de Queja de Discriminación de Derechos Civiles del Programa de Emergencia para Asistencia Alimenticia (TEFAP) y envíela a: Regional Civil Rights Director, USDA/FNS, 300 Corporate Boulevard, Robbinsville, New Jersey 08691-1598 o al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington DC 20250-9410 o llamar al (202) 720-5964 (voz y TDD).