



## The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Eligibility

**(Elegibilidad para The Emergency Food Assistance Program (TEFAP))**

Nombre	Número de personas en su grupo familiar
Dirección física completa	

La tabla a continuación muestra las pautas de ingreso bruto elegible (antes de impuestos) por tamaño de la familia. Si el ingreso de su grupo familiar se igual o inferior al nivel que se indica, considerando la cantidad de personas en su grupo familiar, usted es elegible.

Pautas de ingreso del TEFAP en vigencia del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

Tamaño del grupo familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	Por cada miembro adicional del grupo familiar agregue:
Ingreso anual	27,861	37,814	47,767	57,720	67,673	77,626	87,579	97,532	+9,953
Ingreso mensual	2,322	3,152	3,981	4,810	5,640	6,469	7,299	8,128	+830
Semanal	536	728	919	1,110	1,302	1,493	1,685	1,876	+192

También es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su grupo familiar participa por lo menos en uno de los siguientes programas. Marque la casilla al lado del (los) programa(s) que recibe beneficios:

SNAP

Almuerzo gratis o a precio reducido

**Por favor, lea detenidamente la siguiente declaración. Si está de acuerdo, firme y feche el formulario:**

Certifico que mi ingreso bruto anual por grupo familiar es igual o inferior al indicado en este formulario con el mismo número de personas que mi grupo familiar, O que mi grupo familiar participa en el programa que he verificado en este formulario. También certifico que, al día de hoy, mi grupo familiar vive en Iowa. Este formulario de certificación se completa en relación con la asistencia federal a recibir. Entiendo que una vez que firme este formulario, supone que soy elegible para futuras distribuciones. Entiendo que es necesario informar al banco de alimentos público si mis ingresos aumentan con respecto a la cantidad de ingreso que figura de mi grupo familiar.

Los funcionarios del programa pueden comprobar la veracidad de lo que he certificado. Entiendo que hacer una declaración falsa podría resultar en tener que devolver al estado el valor de los alimentos que haya recibido de manera impropia y que puede someterme a un proceso de cargos criminales bajo las leyes estatales y federales.

Entiendo que la declaración antidiscriminatoria del Departamento de Agricultura (USDA) se encuentra al reverso de este formulario y que puedo solicitar una copia si así lo deseo.

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

