

ESTADO DE ALABAMA
PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA (TEFAP)
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD
7 CFR 251

Nombre: _____

Dirección (opcional): _____

Condado: _____

Número de teléfono: _____

Número de personas en el hogar: _____

Número de personas de 18 años o menos en el hogar: _____

Número de personas de 60 años o más en el hogar: _____

Número de veteranos en el hogar: _____

Usted es elegible para recibir alimentos de TEFAP si los ingresos de su hogar están por debajo de las pautas de ingresos de pobreza (consulte la tabla de referencia) o si participa en alguno de los siguientes programas. Por favor, marque la casilla junto a la categoría que corresponda.

_____ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o

_____ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (anteriormente Cupones para Alimentos) o

_____ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o

_____ Elegibilidad por ingresos (**NO se requiere comprobante de ingresos**)

Por favor, lea atentamente la siguiente declaración, firme el formulario e indique la fecha de hoy. **Solo necesita cumplir uno de estos requisitos para poder recibir alimentos del USDA.**

*Certifico que los ingresos brutos anuales de mi hogar son iguales o inferiores a los ingresos que figuran en la tabla de referencia para hogares con el mismo número de personas **O** que participo en el/los programa(s) que he marcado en este formulario. Asimismo, certifico que, al día de hoy, resido en el estado de Alabama. Esta certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los responsables del programa pueden verificar lo que he certificado como cierto. Entiendo que hacer una certificación falsa puede hacer que tenga que pagar a la agencia estatal el valor de los alimentos que se me entregaron indebidamente y puede someterme a un proceso civil o penal conforme a la ley estatal y federal.*

Firma

Fecha

REPRESENTANTE (OPCIONAL): Autorizo a _____ a recoger alimentos del USDA en mi nombre.

Firma del representante designado (opcional):

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del representante de la agencia: _____

Fecha: _____

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los motivos se aplican a todos los programas). Los recursos disponibles y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en Programas del USDA, AD-3027, disponible en línea en [Cómo presentar una queja por discriminación en un programa](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

ESTADO DE ALABAMA
PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA (TEFAP)
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD
 7 CFR 251

SOLO PARA FINES DE REFERENCIA
NO se requiere comprobante de ingresos

A continuación se muestra el ingreso bruto anual para cada tamaño de familia. Si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los ingresos indicados para el número de personas que lo integran, usted es elegible para recibir alimentos.

La tabla que aparece a continuación está vigente para el año del programa 2026-2027
(185% de las Pautas Federales de Pobreza)

Tamaño del hogar	Ingreso anual	Mensual Ingreso	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Ingreso semanal
1	\$29 526	\$2461	\$1231	\$1136	\$568
2	\$40 034	\$3337	\$1669	\$1540	\$770
3	\$50 542	\$4212	\$2106	\$1944	\$972
4	\$61 050	\$5088	\$2544	\$2350	\$1175
5	\$71 558	\$5964	\$2982	\$2754	\$1377
6	\$82 066	\$6839	\$3420	\$3158	\$1579
7	\$92 574	\$7715	\$3858	\$3562	\$1781
8	\$103 082	\$8591	\$4296	\$3966	\$1983
Por cada miembro adicional de la familia, agregue:	\$10 508	\$876	\$438	\$406	\$203

La tabla detalla los criterios de elegibilidad para los ingresos mensuales, los ingresos recibidos dos veces al mes (24 pagos al año), los ingresos recibidos cada dos semanas (26 pagos al año) y los ingresos semanales.