



**SOLICITUD PARA RECIBIR ALIMENTOS DEL USDA: FD-15A-PARTE 1**

**POR MEDIO DE MI AUTODECLARACIÓN Y LA RECEPCIÓN DE ALIMENTOS DEL USDA/TEFAP, CERTIFICO QUE:**

- He revisado los criterios de elegibilidad del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia que se incluyen a continuación.
- Todos los miembros del hogar reciben algún tipo de asistencia pública o tienen un ingreso bruto mensual combinado que no excede las pautas de ingresos que se muestran en la hoja de criterios de elegibilidad.
- Todos los miembros de mi hogar son residentes de Missouri.
- Los miembros de mi hogar no han recibido alimentos del TEFAP más de dos veces en el mes natural en curso.

**COMPRENDO:**

- Puedo ser procesado con apego a las leyes vigentes por aceptar alimentos a los que no tengo derecho.
- Los alimentos del TEFAP no pueden venderse, intercambiarse, regalarse ni destinarse de ninguna forma a usos ajenos a mi hogar.

**CRITERIOS DE EL ELEGIBILIDAD**

Un hogar puede cumplir con los normas de ingresos del TEFAP en cualquiera de los siguientes dos esquemas:

- 1) Ser un hogar de Asistencia Pública (PA) porque 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 se clasifica como hogar de Asistencia Pública, entonces el ingreso bruto del hogar no puede exceder el límite máximo de ingresos para el tamaño correspondiente del hogar. (NPA)

**NOTA:** Los ingresos de los hogares que cumplan el anterior #1 no se evaluarán bajo el anterior #2.

**PAUTAS DE ELEGIBILIDAD**  
(vigentes desde el 1 de abril del 2023)

185%  
del nivel federal de pobreza

La asistencia pública incluye, de manera enunciativa mas no limitativa:

- Cupones para Alimentos/SNAP
- Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Asistencia Hídrica para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP)
- MO HealthNet (anteriormente Medicaid)
- Asistencia de vivienda pública (HUD, Sección 8)
- Ayuda Suplementaria para Invidentes (SAB)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Asistencia Temporal (TA)/TANF
- Women, Infants, and Children (WIC)

NOTE: Medicare, Seguro Social, Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI), Subsidio de Desempleo y Beneficios de VA NO son formas de asistencia pública.

TAMAÑO DEL HOGAR	INGRESO MENSUAL
1	\$2,248
2	\$3,040
3	\$3,833
4	\$4,625
5	\$5,418
6	\$6,210
7	\$7,003
8	\$7,795

Por cada miembro del hogar adicional a 8, agregar \$793

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 se encarga de administrar el programa, o el Centro TARGET del USDA al teléfono (202) 720-2600 (voz y TTY) o bien 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) al cual puede acceder por Internet en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, acudiendo a cualquier oficina del USDA, 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 al USDA con todos los datos que se solicitan o su carta por medio 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) 690-7 442, o

**3. correo electrónico:**

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que garantiza igualdad de oportunidades.

**INSTRUCCIONES PARA USAR LA SOLICITUD  
PARA RECIBIR ALIMENTOS DEL USDA  
(FORMULARIO FD-15A)**

La Solicitud para recibir alimentos del USDA es un formulario de dos partes. La FD-1 SA-Parte 1 incluye los criterios de elegibilidad del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia y la manifestación de derechos civiles del USDA contra la discriminación. La FD-15A-Parte 2 enumera las manifestaciones de la declaración y contiene campos para capturar la información que se necesita del solicitante y su hogar.

**El personal del banco de alimentos deberá:**

1. Mostrar los FD-15A Parte 1 y Parte 2 juntos en el área de recepción. Los solicitantes **deben** revisar los criterios de elegibilidad antes de ingresar información o firmar en la Parte 2.
2. Ingrese el NOMBRE DEL BANCO DE ALIMENTOS, MES Y AÑO DE DISTRIBUCIÓN en el formulario FD-1 SA Parte 2.
3. Certificar que el hogar cumple o no los requisitos correspondientes llenando las casillas Aprobado PA, Aprobado NPA o DENEGADO en la Parte 2.
  - Si todos los miembros del hogar reciben Asistencia Pública, marque la casilla Aprobado PA.
  - Si hay un miembro en el hogar que no recibe ningún tipo de Asistencia Pública, el hogar debe cumplir con las pautas de ingresos del programa. Si el hogar cumple los requisitos de acuerdo con las pautas de ingresos, marque la casilla Aprobado NPA.
  - Si el hogar no cumple con los criterios de elegibilidad, marque la casilla DENEGADO.

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

1. Revisar los criterios de elegibilidad del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia en FD-1 SA Parte 1.
2. Llenar los siguientes campos de FD-15A Parte 2: TAMAÑO DEL HOGAR, DOMICILIO, CIUDAD Y FECHA
3. Ingresar su firma en el campo FIRMA DEL BENEFICIARIO para indicar que está de acuerdo con las manifestaciones de la declaración.