**TEFAP Información de Calificación** **Nombre:** _____ **Tamaño del hogar:** _____

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Dirección** | **Ciudad** | **Código postal** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **Teléfono (número de teléfono)** | **Niños menores de 18 años** | **Adultos que tienen 18-59 años** | **Adultos mayores de 60 años** |

Indique en qué programas participa

- ☐ SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
- ☐ SNAP (cupones de alimentos)
- ☐ PH (Sección 8- Vivienda Pública)
- ☐ FF (Las Familias Primero)
- ☐ LIHEAP

¿Los ingresos de su hogar son **iguales o inferiores a los límites que se enumeran a continuación** para la cantidad de personas que viven en su hogar? Si es así, usted es elegible para recibir alimentos del USDA en TEFAP. **Por favor, marque una de las opciones**

2024-25 Elegibilidad de ingresos 185%

personas en la familia/hogar

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 - | $27,861 | 5 - | $67,673 |
| 2 - | 37,814 | 6 - | 77,626 |
| 3 - | 47,767 | 7 - | 87,579 |
| 4 – | 57,720 | 8 - | 97,532 |

Por favor, indique la información de todos los miembros de su hogar, **incluido usted mismo**. Si hay más de 6 personas en el hogar, utilice una segunda hoja por favor. (Nota: esta información no es requirido (necesaria) para recibir productos USDA.)

| **Nombre y apellido** (Incluido usted mismo) | **Fecha de nacimiento** | **Género** | **Raza** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |