

Departamento de Servicios de Trabajo y Familia de Ohio
PROGRAMAS DE ALIMENTOS FINANCIADOS CON FONDOS FEDERALES Y ESTATALES
ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR ALIMENTO AL HOGAR

Nombre _____			
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	Condado _____
Número de personas en el hogar por edad: Más de 60 años _____ 18 – 59 años _____ nacimiento – 17 años _____ Total _____			

Esta tabla muestra el ingreso anual bruto para cada tamaño de familia. Si el ingreso de su hogar es igual o menor al ingreso que figura en la lista y que corresponde al número de personas en su hogar, usted es elegible para recibir alimentos. Este formulario de certificación se completa en relación con la distribución de alimento del programa financiado por el estado y/o la ayuda federal a través del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia.

Tamaño del hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso semanal
1	\$31,920	\$2,660	\$613
2	\$43,280	\$3,607	\$832
3	\$54,640	\$4,553	\$1,050
4	\$66,000	\$5,500	\$1,269
5	\$77,360	\$6,446	\$1,487
6	\$88,720	\$7,393	\$1,706
7	\$100,080	\$8,340	\$1,924
8	\$111,440	\$9,286	\$2,143
9	\$122,800	\$10,233	\$2,361
Por cada persona adicional en el hogar, sume	\$11,360	\$946	\$218

Lea cuidadosamente la siguiente declaración, luego firme el formulario y escriba la fecha de hoy.

Certifico que mi ingreso bruto actual del hogar es igual o menor al ingreso que figura en la lista de este formulario y que corresponde a los hogares con el mismo número de personas que mi hogar. También certifico que, actualmente, mi hogar se encuentra en el área que abarca esta agencia. Los funcionarios del programa pueden verificar que lo que he certificado sea verdad. Entiendo que una certificación falsa puede dar lugar a que yo tenga que pagarle al Estado el valor del alimento que me fue entregado incorrectamente y a que yo pueda quedar sujeto a procesamiento penal conforme a la ley estatal y federal.

Firma _____	Fecha _____
-------------	-------------

This box is optional for local agency use, check one:			
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____
Full Service ☐	Partial Service ☐	Firma _____	Fecha _____

La recopilación de dirección y teléfono # es opcional para los solicitantes y no será usada para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia.

Dirección _____	Teléfono # _____
-----------------	------------------

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad, sus agencias, oficiales y funcionarios, y las instituciones que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado marital, estado parental/familiar, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalia o venganza por actividades de derechos civiles previas, en cualquier programa o actividad conducida o financiada por USDA (no todos estos motivos aplican para todos los programas). Las resoluciones y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al 711 (voz y TTY). Asimismo, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, debe completar el AD-3027, formulario de queja por discriminación en programas del USDA, que puede obtenerse en línea en [Cómo presentar una queja de discriminación en un programa](#) y en cualquier oficina de USDA, o enviando una carta a USDA en la que se suministre toda la información requerida en el formulario. Para pedir una copia de este formulario de queja, llame al (866) 632-9992. El formulario completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; o (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.