

AYUDENOS A DETENER LA PROPAGACIÓN DEL COVID-19.



Si se enferma, alguien más puede recoger la comida por usted. Llene el formulario que se encuentra al reverso de esta página y vea que esa persona lo traiga a la despensa.

Para prevenir la propagación de la enfermedad:

- Manténgase seis pies de distancia de los demás
- Cubra su tos y sus estornudos
- Evite tocar superficies públicas
- Lávese las manos frecuentemente
- Si tiene tos, fiebre o falta de aire, por favor, no visite la despensa

Por favor, llame al 211 para obtener recursos adicionales.

USTED TIENE EL DERECHO A TENER ACCESO A COMIDA

No se le puede excluir por motivos de su raza, color, nacionalidad, religión, identidad de género, orientación sexual, estatus familiar, estatus de vivienda o discapacidad. Si usted cree que lo han discriminado, por favor, llame al Banco de Comida de Oregon al 503-282-0555.

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP, Programa de asistencia alimenticia de emergencia)
Formulario de designación de representante autorizado

Nombre: _____ Cantidad de personas en el hogar: _____

Dirección: _____

(El cliente puede identificar a la persona carente de hogar escribiendo una "H" [homelessness] en la dirección anterior).

La tabla a continuación muestra el ingreso bruto anual según los miembros de la familia. Si el ingreso de su hogar es el indicado a continuación o está por debajo de este para la cantidad de personas en el hogar, será elegible para recibir alimentos.

Pautas de ingreso de 2020		
Cantidad de miembros en la familia	Mensual Anual	
	1	\$3,190
2	\$4,310	\$51,720
3	\$5,430	\$65,160
4	\$6,550	\$78,600
5	\$7,670	\$92,040
6	\$8,790	\$105,480
7	\$9,910	\$118,920
8	\$11,030	\$132,360
Por cada miembro adicional, agregue \$1,120 por mes o \$13,440 por año.		

Además, es elegible para recibir alimentos del TEFAP si su hogar participa en cualquiera de los siguientes programas. Si participa en alguno de estos programas, marque la casilla que se encuentra al principio de cada nombre.

- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP, Programa de asistencia para gastos de energía para hogares de bajos ingresos)
- Social Security Disability Income (SSDI, Ingreso del Seguro Social para Discapacitados)/Social Security Income (SSI, Ingreso del Seguro Social)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria) (anteriormente conocido como cupones para alimentos)
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF, Asistencia temporal para familias necesitadas)
- Women, Infant and Children Supplemental Nutrition (WIC, Programa Suplementario de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños)
- Free or Reduced School Lunch Program (Programa de almuerzo escolar reducido o sin costo)

Al firmar a continuación, declaro que en mi hogar necesitamos alimentos y que el ingreso familiar está al nivel de ingreso elegible o por debajo de este, O BIEN que actualmente estoy participando en alguno de los programas que marqué anteriormente. No venderé, intercambiaré ni negociaré alimentos que haya recibido a través de este programa. Este formulario de certificación ha sido completado en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar que lo que certifico es verdadero. Comprendo que hacer una certificación falsa podría dar lugar a que tenga que pagarle al Estado el valor de los alimentos que me entregaron incorrectamente y quedará sujeto a un proceso penal según las leyes estatales y federales. Autorizo a la siguiente persona a actuar como mi representante autorizado:

(Nombre del representante autorizado) _____

(Firma)

(Fecha)