

# FORMULARIO DE REGISTRO DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA

## Información de Registro

Los clientes deben ser residentes del Estado de Nueva Jersey  
Fecha de revisión 1-21-2025

Fecha: \_\_\_\_\_ LDA \_\_\_\_\_ EFO \_\_\_\_\_

Nombre (Letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Ciudad y código postal (requerido):** \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de adultos en el hogar: \_\_\_\_\_ Número de niños menores de 18 en el hogar: \_\_\_\_\_

### **RAZÓN CALIFICADORA (POR FAVOR CIRCULE)**

Un participante en uno o más programas locales, estatales o federales en o por debajo del umbral de ingresos establecido por la agencia estatal para la elegibilidad de TEFAP automáticamente calificará para los Alimentos USDA de TEFAP.

- 1. AUTO DECLARACIÓN - BAJOS INGRESOS (185% del nivel de pobreza)**
- 2. Participante actual en Programa Local, Estatal o Federal (ejemplo - WIC)**
- 3. DESASTRE (Otro - puede ser divorcio, violencia doméstica, gasto inusual, pérdida de empleo, etc.)**

**Por favor explique:** \_\_\_\_\_

Acepto una donación caritativa de alimentos de la Despensa de Alimentos de Emergencia. Por la presente libero a la Despensa de Alimentos de toda responsabilidad de cualquier naturaleza y acepto los productos alimenticios "tal como están" y bajo mi propio riesgo.

"Certifico que el ingreso bruto anual total de mi hogar está en o por debajo del 185% del nivel de pobreza, O que mi hogar participa en el/los programa(s) que he marcado en el Formulario de Registro de Alimentos de Emergencia. También notificaré a la Despensa si hay cambios en mis ingresos o calificadores que puedan causar que me vuelva inelegible para los alimentos USDA de TEFAP."

**FIRMA DEL CLIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Nombre del Entrevistador: \_\_\_\_\_

Proporcionar su dirección es opcional, sin embargo, cualquier información que nos proporcione nos ayudará a servirle mejor.

Dirección: \_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retaliación por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano), deben contactar a la agencia estatal o local responsable que administra el programa o al Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, dirección, número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de la supuesta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe enviarse al USDA por:

- 1. correo:**  
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 o (202) 690-7442; o
- 3. correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.  
9/8/2022