

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

This box is **optional** for local agency use, check one:
 A (Household with minor children)
 B (Household without minor children)

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Código postal	Código de área + teléfono ()
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.

PAUTAS SOBRE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR EN VIGOR desde el 1º de julio de 2021

Tamaño del hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso semanal
1	\$25,759	\$2,146	\$495
2	\$34,839	\$2,903	\$669
3	\$43,919	\$3,659	\$844
4	\$52,999	\$4,416	\$1,019
5	\$62,079	\$5,173	\$1,193
6	\$71,159	\$5,929	\$1,368
7	\$80,239	\$6,686	\$1,543
8	\$89,319	\$7,443	\$1,717
9	\$98,399	\$8,199	\$1,892
Por cada persona adicional en el hogar, sume	\$9,080	\$757	\$175

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

<p>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.</p>	
Firma X	Fecha X

De conformidad con la Ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan en la administración de los programas del USDA tienen prohibido discriminar basándose en la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, una discapacidad, la edad, una represalia o venganza por actividades de derecho civil previas en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., braille, impresión con letras grandes, cinta de audio, Lengua de señas americana, etc.) deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para recibir los beneficios. Los individuos que sean sordos, tengan impedimentos auditivos o discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA mediante el Servicio federal de transmisión de información al (800) 877-8339. Asimismo, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sea inglés. Si desea presentar una queja por discriminación de parte del programa, complete el [Formulario de queja por discriminación del Programa USDA](#), (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o envíe una carta dirigida al USDA y proporcione en dicha carta toda la información que pide el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA mediante: (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442 o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

This box is optional for local agency use, check one:		Firma	Fecha
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X