

**AYÚDENOS A DETENER LA  
PROPAGACIÓN DE COVID-19.  
POR FAVOR, QUÉDESE EN  
CASA SI ESTÁ ENFERMO.**



Si se enferma, alguien más puede recoger alimentos por usted. Complete el formulario al reverso de esta página y pídale a aquella persona que traiga el formulario completo a la despensa.

**Para prevenir la propagación de la enfermedad:**

- Cubra sus estornudos y tos
- Evite tocar superficies públicas
- Lávese las manos a menudo
- Si tiene tos, fiebre o dificultad para respirar, no visite la despensa.

**Por favor llame al 211 para recursos adicionales.**

**TIENE DERECHO A ACCEDER A LA COMIDA**

No puede ser excluido debido a su raza, color, origen nacional, religión, identidad de género, orientación sexual, estado familiar, estado de vivienda o discapacidad. Si cree que ha sido discriminado, llame al Oregon Food Bank al 503-282-0555.

*Esta institución es un proveedor que ofrece 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)