





**Washington**  
State Department of  
Agriculture

Food Assistance  
PO Box 42560  
Olympia, WA 98504-2560  
[foodassistance@agr.wa.gov](mailto:foodassistance@agr.wa.gov)

## Consumos del hogar en el marco del Emergency Food Assistance Program (TEFAP)

Banco de alimentos: \_\_\_\_\_

Agencia líder: \_\_\_\_\_

**Usted afirma lo siguiente:**

Periodo abarcado: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

1. Su nombre y el número de integrantes del hogar que proporciona son correctos.
2. La dirección indicada es correcta; si no tiene hogar, puede poner sin hogar.
3. Reside en este estado (no hay un tiempo de residencia mínimo requerido).
4. Su ingreso es igual o inferior al 400 % de las pautas federales de pobreza, tal como se publicó para esta distribución.
5. Usted acepta que los alimentos del TEFAP son para consumo doméstico y que el hogar necesita estos alimentos. \*
6. Se le mostró y leyó la Declaración de no discriminación completa del United States Department of Agriculture (USDA, Departamento de Agricultura de los Estados Unidos).

**Al recibir alimentos del TEFAP, NO se requiere lo siguiente:**

- Número de seguro social o identificación
- Prueba de: ciudadanía, estado migratorio, tamaño del hogar o ingresos
- No se le negarán los alimentos del TEFAP si no acepta entregar la información que no es obligatoria para acceder al programa.

Fecha	Nombre en letra de imprenta (cliente) **	Firma (opcional)	Dirección (para nuevos clientes o para cambios)	Código postal	Años
<b>Total de clientes:</b> _____		<b>Total de miembros del hogar:</b> _____			

\*La comida no es para reventa. \*\*El cliente es la persona que recoge alimentos en representación de su hogar.