

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Authorized Representative Form

Name: _____ Number of people in household: _____

Zip Code: _____

(Client may identify homelessness by writing an "H" in the address line above.)

This table shows a yearly gross income for each family size. If your household income is at or below the income listed for the number of people in your household, you are eligible to receive food.

2025 Income guidelines		
Family Size	Monthly	Annual
1	\$3,912	\$46,950
2	\$5,287	\$63,450
3	\$6,662	\$79,950
4	\$8,037	\$96,450
5	\$9,412	\$112,950
6	\$10,787	\$129,450
7	\$12,162	\$145,950
8	\$13,537	\$162,450
For each additional member, add \$1,375 per month or \$16,500 per year		

You are also eligible to receive food from TEFAP if your household participates in any of the following programs. If you participate in one of these programs, please check the space next to it.

- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Social Security Disability Income/Social Security Income (SSDI/SSI)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (formerly known as food stamps)
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- Women, Infant and Children Supplemental Nutrition (WIC)
- Free or Reduced School Lunch Program

By signing below, I declare that my household is in need of food and that the household income is at or below the eligible income levels, OR that I am currently participating in any one of the programs checked above. I will not sell, barter, or trade food received through this program. This certification form is being completed in connection with the receipt of federal assistance. Program officials may verify what I have certified to be true. I understand that making a false certification may result in having to pay the State for the value of the food improperly issued to me and may subject me to criminal prosecution under state and federal law. I authorize the following person to act as my authorized representative:

(Name of authorized representative) _____

(Signature)

(Date)

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 2025		
Cantidad de miembros en la familia	Mensual Anual	
	1	\$3,912
2	\$5,287	\$63,450
3	\$6,662	\$79,950
4	\$8,037	\$96,450
5	\$9,412	\$112,950
6	\$10,787	\$129,450
7	\$12,162	\$145,950
8	\$13,537	\$162,450
Por cada miembro adicional, agregue \$1,375 por mes o \$16,500 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 quedaré 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)