

Inscripcion – Covenant Cupboard Food Pantry (Imprima y completa las secciones amarillas.)

Apellido				Primer Nombre						
Direccion y Nombre do la Calle				Apt #	Ciudad			Codigo Postal	Verified by	Date
County				Telefono						Notes:
Escriba abajo una lista de los parientes incluyendo Ud. Que viven en su casa.										
Apellido	Primer Nombre			Nacimiento mm/dd/aa	Sexo	Etnicidad	Raza	Parentesco	Verified by	Date
1								yo		
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
Que tipo de asistancis o ayuda recibe Ud?		Yo verifico con my firma que soy residente del área de servicio de esta agencia, que todos los miembros de me casa reciben alguna forma de asistencia pública o que reciben un sueldo mensual menos de lo máximo que me presentaron los voluntarios del Covenant Cupboard, y que ningún miembro de me casa ha recibido comidas del programa TEFAP during este mes.								
		AB Aid to Blind			<p>Nondiscrimination Statement</p> <p>In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.</p> <p>Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-3339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.</p> <p>To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (UD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mail: 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) 690-7412; or 3. email: program.intake@usda.gov <p>This institution is an equal opportunity provider.</p>					
		AND Aid to Disabled								
		TANF Temporary Family Aid								
		LEAP Heating Aid								
		OAP Old Aid Pension								
		SNAP Food Stamps								
		SSDI Social Service Disability			Firma:		Fecha:			
		Volunteer Signature:			Choice shop:					

Bienvenido al banco de comida Covenant Cupboard!

Durante la pandemia, NO es necesario registrarse para que su familia reciba comida del banco de comida Covenant Cupboard.

Sin embargo, hay beneficios al convertirse en un cliente registrado.



- Nos ayuda a planear a que haya suficiente comida para que las personas que vienen los viernes.
- Facilita el proceso semanal a su llegada.
- Lo califica a recibir distribuciones especiales tales como pavos para el Día de Acción de Gracias y regalos navideños para sus niños. Solo clientes registrados reciben estos beneficios.

Si desea registrarse como cliente, por favor siga las siguientes instrucciones y regrese la forma en su siguiente visita a CCFP. Si necesitamos confirmar información recibirá una llamada de nuestra parte.

PASO 1: En la línea superior escriba el nombre del miembro de su familia que vendrá a CCFP más frecuentemente. Este será el nombre registrado. Para evitar confusiones, por favor escribe el nombre y apellido **EXACTAMENTE** como aparecen en su identificación.

PASO 2: Complete el resto de su información de contacto en la parte superior de la forma (sólo lo que se encuentra resaltado en amarillo).

PASO 3: En las líneas proporcionadas, escriba la información de cada miembro de su familia. Comience por el nombre en la parte superior de la forma. Incluya a todas las personas que viven en su casa para asegurarse que reciba suficiente comida. Escribir las fechas de cumpleaños es importante para la distribución de ciertos objetos. La etnia puede ser hispana (H) u otra (O), la raza deberá ser agregada de la manera que usted lo prefiera.

PASO 4: Complete la parte de abajo de la forma para determinar si califica. En el lado izquierdo marque si actualmente recibe alguna otra asistencia pública. Revise los requerimientos de ingreso en el otro lado de estas instrucciones. Firme y escribe la fecha confirmando que los ingresos de los miembros de su casa cumplen con los requisitos de ingreso.

Preguntas? Si tiene alguna pregunta acerca de como completar la forma, por favor llene lo mas posible y escribe en alguna parte de la forma la palabra "CONTACTARME". Le llamaremos en los siguientes días de recibir su forma.

Recuerde: No necesita completar esta forma y registrarse para recibir comida, pero nos ayudaría mucho.

TEFAP Income Guidelines

Effective through summer 2021

Household Size	Weekly Gross Income	Biweekly Gross Income	Monthly Gross Income
Número de personas en el hogar:	Ingresos Semanales Combinados del Hogar	Ingresos Quincenales Combinados del Hogar	Ingresos Mensuales Combinados del Hogar
1	490.77	981.54	2,126.67
2	663.08	1,326.16	2,873.33
3	835.38	1,670.76	3,620.00
4	1,007.69	2,015.38	4,366.67
5	1,180.00	2,360.00	5,113.33
6	1,352.31	2,704.62	5,860.00
7	1,524.62	3,049.24	6,606.67
8	1,696.82	3,393.84	7,353.33
9	1,869.23	3,738.46	8,100.00
10	2,041.54	4,083.08	8,846.67
11	2,213.85	4,427.70	9,593.33
12	2,368.16	4,772.32	10,340.00
For each additional household member, add:	<i>172.31</i>	<i>344.62</i>	<i>746.67</i>

- These guidelines are based on 185% of the federal poverty guidelines.
- **Households receiving government aid are always eligible for TEFAP food.**