TEFAP-3-Spanish **USDA FORMULARIO PARA ALIMENTOS DONADOS**

Solicito que se me considere elegible para recibir alimentos donados por USDA.

A. Yo recibo cupones para alimento _____ Sí Mi número historial es: _____
_____ No

B. Mi salario colectivo de hogar es $ _____ al mes

C. En mi hogar hay _____ personas.

D. Las siguientes personas están autorizadas para recoger mis alimento

1. _____ 2. _____

Nombre: X _____ _____

Firma del solicitante *Fecha* *Condado*

Dirección: _____

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 800-795-3272 (voz) o 202-720-6382 (TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

FOR OFFICE USE ONLY: / ÚNICAMENTE PARA UTILIZACIÓN OFICIAL

1. Approved from / aprobado de _____ through/hasta _____ 20
2. Distribution / Distribución

3. Issued by: _____ _____

Signature of Distributing Official/Firma del oficial de distribución *Date/Fecha*

IMPORTANTE: LEA ESTA DECLARACIÓN ANTES DE FIRMAR PARA ALIMENTOS:

Yo entiendo que cualquiera falsificación de necesidad o venta de alimentos o mal uso de los alimentos que he recibido es prohibido y puede resultar en una multa, encarcelamiento o los dos. (*de las leyes: Sec. 211E, Pl 96-494, Sec. 4C, PL 93-86*)

Recibido por: _____

Firma del recipiente