

F-40059S (12/2016) **Solicitud del Estado de Wisconsin para The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)**

La participación en TEFAP es voluntaria. La información que lo identifique como persona (PII, Personally Identifiable Information) es obligatoria para participar y se usará para ese fin ÚNICAMENTE. La PII del solicitante no se puede compartir con ninguna persona ni organización externa a esta despesa de alimentos.

*Las personas que no tengan hogar, que sean trabajadores migrantes, indocumentadas o víctimas de abuso doméstico quedan exentas de proporcionar documentación. **State of Wisconsin**

WI Statutes, s. 46.03
P.L. 98-8 (as amended)

Apellido del solicitante	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre	Identificación proporcionada*	Nombre de la despesa
Dirección del solicitante*	Ciudad	Código postal	Prueba de la dirección proporcionada*	Área de servicio: Condado/Distrito escolar/Ciudad/Código postal
Teléfono () -	Correo electrónico	Fecha de hoy	Nombre del apoderado (persona designada para recoger alimentos en nombre del solicitante)	Relación del apoderado con el solicitante
¿Hay miembros de su vivienda que tengan alergias a comidas o necesidades de dietas especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Sirvase indicar las alergias a las comidas o las necesidades de dietas especiales de los miembros de la vivienda)			¿Su vivienda recibe actualmente FoodShare (cupones para alimentos)? Sí, recibimos. <input type="checkbox"/> No. Hemos solicitado, pero no calificamos. <input type="checkbox"/> No. Pero nos gustaría solicitarlo. <input type="checkbox"/> No. No deseamos solicitar. <input type="checkbox"/>	

	Nombres de los miembros de la vivienda	Fechas de nacimiento	Adulto de menos de 60 años	Adulto de 60 años de edad o más	Menor	<p align="center">Certificación y firmas del solicitante:</p> <p>Con mi firma indicada abajo, certifico que el ingreso bruto combinado de todos los miembros de mi vivienda no supera los límites de elegibilidad de ingresos publicados en la despesa de alimentos en la fecha que he firmado. Doy fe de que todas las personas que he indicado en este formulario en realidad viven en mi vivienda y que son personas con las que comparto este USDA Food. Entiendo que el alimento que se nos proporciona es para nuestro uso únicamente. Mantengo indemne a USDA, al Estado de Wisconsin y a sus representantes, a esta despesa de alimentos y a cualquier agencia o persona que distribuya bienes de USDA de cualquier responsabilidad que resulte de mi recepción de estos alimentos. Certifico que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que la certificación falsa puede exigirme devolver el valor de los beneficios que recibí y que también puedo estar sujeto a procesamiento.</p> <hr/> <p>Firma del solicitante Solicitud original: mes/día/año</p> <hr/> <p>Firma del solicitante Solicitud de la 1ª renovación: mes/día/año</p> <hr/> <p>Firma del solicitante Solicitud de la 2ª renovación: mes/día/año</p> <hr/> <p>Firma del solicitante Solicitud de la 3ª renovación: mes/día/año</p>
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						

Política de derechos civiles: U.S. Department of Agriculture, Wisconsin Department of Health Services, sus beneficiarios y todas las despensas de alimentos participantes prohíben la discriminación contra sus clientes, empleados, voluntarios y solicitantes de programas y empleo por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, género, religión, represalia y, cuando corresponda, creencia política, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual. Estas entidades también prohíben la discriminación en base a que todo o parte de los ingresos de una persona se derive de cualquier programa de asistencia pública y/o información genética protegida. Estas prohibiciones rigen para las actividades realizadas o financiadas por estas entidades.

***Las despensas pueden usar el reverso de este formulario si lo desean para obtener la firma de un participante de TEFAP en cada distribución de alimentos.**

Registro de Distribución de Alimentos al Participante de TEFAP* (Optativo)

	Nombre	Fecha	Nombre	Fecha	Nombre	Fecha
1.		17.		33.		
2.		18.		34.		
3.		19.		35.		
4.		20.		36.		
5.		21.		37.		
6.		22.		38.		
7.		23.		39.		
8.		24.		40.		
9.		25.		41.		
10.		26.		42.		
11.		27.		43.		
12.		28.		44.		
13.		29.		45.		
14.		30.		46.		
15.		31.		47.		
16.		32.		48.		

*Todas las Despensas de TEFAP participantes DEBEN registrar la fecha de la distribución de alimentos a cada vivienda. Sin embargo las despensas tienen la flexibilidad de determinar cómo captar y mantener mejor este registro. Las despensas de alimentos pueden elegir registrar sus distribuciones de TEFAP en una base de datos o planilla de cálculo electrónica. O, pueden continuar la práctica de obtener la firma de un participante en cada distribución (usando las líneas proporcionadas arriba) o pueden hacer que un voluntario o miembro del personal simplemente registre las fechas en las líneas indicadas arriba y no obtenga una firma. Las despensas que continúan usando formularios en papel no necesitan renovar los formularios anualmente, sino que pueden continuar usándolos hasta que sus líneas se acaben. Los registros de TEFAP se deben conservar por tres años después del año actual.