

Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Estado de Ohio
**PROGRAMAS DE ALIMENTOS FINANCIADOS CON
 FONDOS FEDERALES Y ESTATALES
 ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR ALIMENTO AL HOGAR**

This box is **optional** for local agency use, check one:
 A (Household with minor children)
 B (Household without minor children)

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Código postal	Código de área + teléfono ()
Número de personas en el hogar por edad: Más de 60 años _____ 18-59 años _____ nacimiento-17 años _____ Total _____		

Esta tabla muestra el ingreso anual bruto para cada tamaño de familia. Si el ingreso de su hogar es igual o menor al ingreso que figura en la lista y que corresponde al número de personas en su hogar, usted es elegible para recibir alimentos. Este formulario de certificación se completa en relación con la distribución de alimento del programa financiado por el estado y/o la ayuda federal a través del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia.

PAUTAS SOBRE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR EN VIGOR desde el 1º de julio de 2024

Tamaño del hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso semanal
1	\$30,120	\$2,510	\$580
2	\$40,880	\$3,407	\$787
3	\$51,640	\$4,304	\$994
4	\$62,400	\$5,200	\$1,200
5	\$73,160	\$6,097	\$1,407
6	\$83,920	\$6,994	\$1,614
7	\$94,680	\$7,890	\$1,821
8	\$105,440	\$8,787	\$2,028
9	\$116,200	\$9,684	\$2,235
Por cada persona adicional en el hogar, sume	\$10,760	\$897	\$207

Lea cuidadosamente la siguiente declaración, luego firme el formulario y escriba la fecha de hoy..

<p>Certifico que mi ingreso bruto actual del hogar es igual o menor al ingreso que figura en la lista de este formulario y que corresponde a los hogares con el mismo número de personas que mi hogar. También certifico que, actualmente, mi hogar se encuentra en el área que abarca esta agencia. Los funcionarios del programa pueden verificar que lo que he certificado sea verdad. Entiendo que una certificación falsa puede dar lugar a que yo tenga que pagarle al Estado el valor del alimento que me fue entregado incorrectamente y a que yo pueda quedar sujeto a procesamiento penal conforme a la ley estatal y federal.</p>	
Firma X	Fecha X

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf> de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

This box is optional for local agency use, check one:		Firma	Fecha
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X
Full Service <input type="checkbox"/>	Partial Service <input type="checkbox"/>	X	X