

## Bucks County Food Program 2011-2012 Self Declaration of Need Form

El programa SFPP es operado en acordanza con la póliza del departamento de agricultura de Pensilvania que prohíbe discriminación basado en raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, o deshabilidad.

El programa TEFAP en operado en acordanza con la ley federal y la póliza del departamento de agricultura de los estados unidos que también prohíbe discriminación basado en raza, color, origen nacional, sexo, edad, o deshabilidad. Si usted sospecha que ha sido discriminado, favor de completar el formulario llamado TEFAP Civil Rights Discrimination Complaint Form y envíelo a: Regional Civil Rights Director, USDA/FNS, 300 Corporate Boulevard, Robbinsville, NJ 08691-1598 o se le puede enviar al: USDA Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o puede llamar al: 202-720-5964 (con asistencia de voz y TDD)

### Ingresos Total del Hogar - 150% de nivel federal de pobreza *(Elija tamaño de familia Y una cantidad de ingreso)*

Tamaño de familia	ANUAL	MENSUALIDAD	SEMANAL
1	\$16,335	\$1,361	\$314
2	\$22,065	\$1,839	\$424
3	\$27,795	\$2,316	\$535
4	\$33,525	\$2,794	\$645
5	\$39,255	\$3,271	\$755
6	\$44,985	\$3,749	\$865
7	\$50,715	\$4,226	\$975
8	\$56,445	\$4,704	\$1,085
Por cada miembro del hogar agregue:	\$5,730	\$478	\$110

**Tengo entendido los límites presentados en este documento de tamaño familiar e ingresos del hogar. Por lo presente certifico que soy elegible para participar en este programa. También certifico que hoy, mi familia vive en el Condado de Bucks. Esta forma certificada esta siendo completada en conexión con la cantidad de asistencia de comida suplementada.**

YO ENTIENDO QUE DANDO INFORMACION FALSA PUEDE RESULTAR EN YO TENER QUE PAGAR POR EL VALOR DE LA COMIDA PROVEHIDA INAPROPIADAMENTE A MI Y PUEDE RESULTAR EN CARGOS CRIMINALES BAJO LA LEY ESTATAL Y FEDERAL.

Fecha	Firma de Recipiente	Nombre completo de recipiente en imprenta
Calle	Ciudad	PA
No. Seguro Social:	Estado	Código Postal
No es requerido para recibir asistencia de comida	Miembros Familiares: Niños (0-17 de edad) _____ Adultos (18-59 de edad) _____ Personas mayores (60 o mas de edad) _____ No. de personas total en el hogar _____	
Elija si los participantes reciben: <input type="checkbox"/> <b>Estampillas de comida</b> <input type="checkbox"/> <b>WIC</b> (programa de nutrición suplemental)		

*Esta sección es para el uso de la agencia o despensa de alimentos*

Food was provided to this household for   3   days. Distribution Site:   NEW BRITAIN BAPTIST CHURCH  

Check source of food for household, **one or all** of the following may apply:

- Household received food from State Food Purchase Program (SFPP)  
 Household received food from The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)  
 Household received food from other sources.

Information was provided: <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> WIC
---

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of Pantry or Agency Staff Representative