



**Formulario de Criterios de Elegibilidad del Banco de Alimentos de Montgomery**



Por favor, tenga en cuenta a los destinatarios de alimentos:  
**• USTED NO ES NECESARIO PAGAR NINGUNA CUOTA O DONACIÓN.**  
**• NO PROVEE NINGUNA PARTE DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL.**

**Instrucciones:** Haga copias de este formulario. Utilice un formulario para cada cabeza de familia. Guarde los formularios completados en un cuaderno en orden alfabético. Cada vez que el cliente regrese, solo necesita completar el formulario de listado, que contiene la fecha, libras y la firma de esa visita. Estas dos formas deben mantenerse juntas.

|                                     |  |                         |
|-------------------------------------|--|-------------------------|
| Nombre (Apellido, nombre, apellido) |  |                         |
| Dirección (NO PO Boxes)             |  |                         |
| Código postal                       |  |                         |
| Número de teléfono                  |  | Número en Familia _____ |

¿CUÁNTOS GRUPOS DE EDAD EN CADA GRUPO DE EDAD ESTÁN EN ESTA CASA?  
 0-12 \_\_\_\_\_ 13-18 \_\_\_\_\_ 19-29 \_\_\_\_\_ 30-39 \_\_\_\_\_ 40-49 \_\_\_\_\_ 50-59 \_\_\_\_\_ 60-69 \_\_\_\_\_ 70 y por encima \_\_\_\_\_

¿CUÁNTOS VETERANOS MILITARES EN ESTE CASA? \_\_\_\_\_

**DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD**  
 (marque uno o más casillas a continuación para determinar la elegibilidad)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mi familia recibe estampillas de comida.  | <input type="checkbox"/> Mi hogar tiene circunstancias especiales (ejemplo: fuego, inundación, lesión) Explique circunstancias especiales:<br>_____<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Mi familia recibe ayuda para familias con hijos dependientes.   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Mi familia recibe seguridad social (SSI   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Los ingresos de mi hogar están en o por debajo del nivel de pobreza (como se indica en la tabla siguiente). | _____  |

**Si marcó la casilla anterior "Ingreso o crecimiento del nivel de pobreza. . ."**  
**Utilice la siguiente tabla. Este cuadro estará en vigor desde el**  
**1 de julio de 2018 hasta el 30 de junio de 2019**

| Tamaño del hogar                           | Por año  | Por mes | Por semana |
|--|----------|---------|------------|
| 1  | \$15,782 | \$1,316 | \$304      |
| 2  | \$21,398 | \$1,784 | \$412      |
| 3  | \$27,014 | \$2,252 | \$520      |
| 4  | \$32,630 | \$2,720 | \$628      |
| 5  | \$38,246 | \$3,188 | \$736      |
| 6  | \$43,862 | \$3,656 | \$844      |
| 7  | \$49,478 | \$4,124 | \$952      |
| 8  | \$55,094 | \$4,592 | \$1,060    |
| Para cada miembro adicional de la familia, | +5,616   | +468    | +108       |

Certifico que mi ingreso anual bruto es igual o menor que el indicado en este formulario para hogares con el mismo número de personas que mi hogar, o que mi familia participa en el programa que he verificado en este formulario. Para recibir el producto USDA, también certifico que, a partir de hoy, mi hogar vive en el área atendida por el Programa de Asistencia Alimenticia de Alabama. Los funcionarios del programa pueden verificar lo que he certificado como verdadero. Entiendo que hacer una certificación falsa puede resultar en tener que pagar al Estado por el valor de las mercancías del USDA que me han sido indebidamente expedidas y puede someterme a un proceso penal bajo las leyes estatales y federales.

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# Listado

Este formulario debe adjuntarse a cada Formulario de Criterios de Elegibilidad (A) y utilizarse como una lista de ejecución para el cliente. Coloque la fecha en la primera columna, libras totales de alimentos recibidos en la segunda columna. El cliente debe firmar en la tercera columna.

| Fecha | Total Libras | Firma del cliente | Fecha | Total Libras | Firma del cliente |
|-------|--------------|-------------------|-------|--------------|-------------------|
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |
|       |              |                   |       |              |                   |

NOTA: De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan o administran programas del USDA, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, discapacidad física o mental, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un servicio público o cualquier otra característica protegida por la ley, en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas), Feeding America y MAFB. Los recursos y los plazos de presentación de quejas varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información del programa (p. Ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia responsable o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Para presentar una queja por discriminación de programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación de Programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en [Cómo presentar una Queja de Discriminación de Programa](#) y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitado en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).