



**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 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). | <input type="checkbox"/> Mi hogar tiene circunstancias especiales (ejemplo: fuego, inundación, lesión) Explique circunstancias especiales:

_____ |
|--|--|

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 2019 hasta el 30 de junio de 2020

Tamaño del hogar	Por año	Por mes	Por semana
1	\$16,237	\$1,354	\$313
2	\$21,983	\$1,832	\$423
3	\$27,729	\$2,311	\$534
4	\$33,475	\$2,790	\$644
5	\$39,221	\$3,269	\$755
6	\$44,967	\$3,748	\$865
7	\$50,713	\$4,227	\$976
8	\$56,459	\$4,705	\$1,086
Para cada miembro adicional de la familia,	+5,746	+479	+111

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

