



**FORMA DECLARATIVA POR SI MISMA**

<b>Programa de Asistencia de Emergencia para Alimentos (TEFAP) Forma de Elegibilidad del Hogar</b>	
Nombre	No. de personas en el hogar
Calle	No. de Ancianos (60+) en el hogar
Pueblo	No. de Incapacitados en el hogar
Estado	No. de Niños en el hogar
Tel. (    )	

La tabla de abajo muestra el ingreso bruto anual para el tamaño de cada familiar. Si el ingreso en su hogar es o está por debajo del ingreso listado para el número de las personas en su hogar, usted es elegible para recibir los artículos de TEFAP.

Tamaño Familiar	1	2	3	4	5	6	7	8*
Ingreso Anual	28,341	38,164	47,987	57,810	67,633	77,456	87,279	97,102

- para cada persona adicional agregue \$9,823

Usted también es elegible para recibir los artículos del TEFAP si su hogar participa en cualquiera de los siguientes programas. Si usted participa en cualquier de estos programas, programas, por favor marque la(s) caja(s) que está junto al programa.

- Cupones para Alimentos
- Ayuda de Energia
- WIC
- Comidas Escolares
- Husky Parte A, Parte B
- Asistencia General Administrada por el Estado (SAGA)
- Asistencia Temporer a Familias Necesitadas (TANF)
- Ayuda a los Ciegos o Incapacitados
- Seguro Social Suplemental (SSI)
- Sección 8 Programa de Asistencia de Renta

Por favor lea la declaración siguiente, entonces firme la forma y escriba la fecha de hoy.

Yo certifico que mi ingreso bruto anual del hogar es o está por debajo del ingreso listado en esta forma para los hogares con el mismo número de personas como mi hogar, O que mi hogar participa en el programa que yo he marcado en esta forma. Esta forma de certificación está sometiendo en relación con el recibo de asistencia Federal. Oficiales del programa pueden verificar que lo que yo he certificado sea verdad. Yo entiendo que haciendo una certificación falsa puede resultar en tener que pagar a la agencia Estatal por el valor del alimento que emitieron a mí inadecuadamente y puede hacerme sujeto a prosecución civil o criminal bajo la ley Estatal y Federal. Yo también certifico que, a partir de hoy, mi hogar vive en Connecticut

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy



## DEMOGRAFÍA CT-NAP

Para ser completado anualmente por cada hogar

PRIMER NOMBRE (JEFE DE FAMILIA)

APELLIDO (JEFE DE FAMILIA)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)

Por favor, indique el número de cada uno en su hogar:

Niños (0-17)	Adultos (18-59)	Adultos mayores (60+)	Varón	Hembra	Afroamericano	Caucásico	Hispano	Asiático	Otro

**EDAD**                      **SEXO**                      **RAZA | ETNICIDAD**

- Si no hay personas en una categoría (por ejemplo, no hay mayores), no dude en dejar la caja vacía.
- No coloque marcas de verificación en una caja a menos que el tamaño del hogar = 1.
- El total que esta de edad debe ser el mismo que por sexo, así como por la raza/etnicidad..

### • EJEMPLO CON HOGAR TAMAÑO = 4

Niños (0-17)	Adultos (18-59)	Adultos mayores (60+)	Varón	Hembra	Afroamericano	Caucásico	Hispano	Asiático	Otro
2	1	1	1	3		4			

**TOTAL = 4 PERSONA**                      **TOTAL = 4 PERSONA**                      **TOTAL = 4 PERSONA**

### EJEMPLO CON HOGAR TAMAÑO = 1

Niños (0-17)	Adultos (18-59)	Adultos mayores (60+)	Varón	Hembra	Afroamericano	Caucásico	Hispano	Asiático	Otro
		✓		✓			✓		

**1 PERSONA**                      **1 PERSONA**                      **1 PERSONA**