

Date: _____

**EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)
CLIENT ELIGIBILITY FORM
(EFFECTIVE JULY 01, 2009 - JUNE 30, 2010)**

Name: _____ Age: _____ SSN: _____ Number of people in household: _____
Address: _____
Phone: _____ Income: _____
List Household Members: Age: Social Security Numbers:

✓	HOUSEHOLD SIZE	PER YEAR	PER MONTH	PER WEEK
	1	\$14,079	\$1,174	\$271
	2	\$18,941	\$1,579	\$365
	3	\$23,803	\$1,984	\$458
	4	\$28,665	\$2,389	\$552
	5	\$33,527	\$2,794	\$645
	6	\$38,389	\$3,200	\$739
	7	\$43,251	\$3,605	\$832
	8	\$48,113	\$4,010	\$926
	For Each Additional Family Member Add	+ 4,862	+ 406	+ 94

You are also eligible to receive food if your household participates in any of the following. If you participate in one of these programs, please check the box next to it.

- Food Stamps
- Temporary Assistance For Needy Families (TANF)
- Supplemental Security Income (SSI)
- Unemployed and household income falls below the poverty level
- Sixty (60) years of age or older and household income falls below the poverty income level shown above
- Signed, self-declaration showing that the household income falls below the poverty income level shown above

Authorization for distribution to a third party (if applicable)

Name _____ S/S # _____

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION/COMPLAINTS

Discrimination is not permitted by any organization receiving food and/or other household products from the Mississippi Food Network. While not all prohibited basis apply to every organization's mission, any discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability is not permitted.

Complaints regarding discrimination in the distribution of USDA products should be directed to the Mississippi Department of Human Services, P.O. Box 352, Jackson, MS 39205 Attn: Div. Of Economic Assistance or telephone 1-800-948-3050.

Complaints regarding the distribution of products other than USDA should be directed to the Mississippi Food Network, P.O. Box 411, Jackson, MS 39205 or telephone 601-353-7286.

CERTIFICATION

I certify that my yearly household gross income is at or below the income listed on this form for households with the same number of people as my household, OR that I participate in the program that I have check on this form. This certification form is being submitted in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify what I have certified to be true. I understand that making a false certification may result in having to pay the State agency for the value of the food improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under State and Federal law.

(Signature)

(Date)

RE-CERTIFICATION - Clients being served more often than once every three months must be re-certified at least once every three months. Clients being served less often than once every three months must be re-certified each time they are served.

RECORD OF RE-CERTIFICATIONS

Date ____ / ____ / ____ By _____ Reason for continuing:

Date ____ / ____ / ____ By _____ Reason for continuing:

Date ____ / ____ / ____ By _____ Reason for continuing:

Fecha: _____

**EL PROGRAMA DE AYUDA PARA COMIDA DE EMERGENCIA (TEFAP)
FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD PARA EL CLIENTE
(EFFECTIVO 01 JULIO, 2009 - 30 JUNIO, 2010)**

Nombre: _____ Edad: _____ Número de: _____ Número de personas: _____
 Dirección: _____ Seguro Social _____ en la casa
 Teléfono: _____ Ingresos: _____

Apunte los Miembros de la Casa:	Edad:	Número de Seguro Social
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

v	Tamaño de Casa	Cada Año	Cada Mes	Cada Semana
	1	\$14,079	\$1,174	\$271
	2	\$18,941	\$1,579	\$365
	3	\$23,803	\$1,984	\$458
	4	\$28,665	\$2,389	\$552
	5	\$33,527	\$2,794	\$645
	6	\$38,389	\$3,200	\$739
	7	\$43,251	\$3,605	\$832
	8	\$48,113	\$4,010	\$926
	Para cada miembro adicional de la familia, añadida	+4,862	+406	+94

Usted es elegible también recibir comida si su casa participa en alguna de los siguientes. Si Usted está participando en uno de estos programas, por favor marque la caja que aparece junto a él.

- SNAP
- Ayuda Temporal Para Familias Necesitadas (TANF)
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
- Desempleo y los ingresos de la casa están debajo del nivel de pobreza
- Sesenta años de edad (60) o más y los ingresos del hogar están debajo del nivel de pobreza como indicada arriba
- Una auto declaración firmada, mostrando que los ingresos de la casa están debajo del nivel de pobreza como indicado arriba

Autorización para la distribución a una tercera persona (si aplicable)

Nombre _____ S/S # _____

AVISO DE RECLAMACIONES/NO DISCRIMINATORIAS

No se permite la discriminación por parte de cualquier organización recibiendo comida y/o otros productos para la casa del Mississippi Food Network. Como no todas las bases prohibidas aplican a la misión de cada organización, cualquier discriminación basada en la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad o la minusvalidez no está permitida.

Reclamaciones acerca de la discriminación en la distribución de los productos de USDA deben ser dirigidas al Departamento de Servicios Humanos de Mississippi, P.O. Box 352, Jackson, MS 39205 Attn: Div. Of Economic Assistance o teléfono 1-800-948-3050.

Reclamaciones acerca de la distribución de los productos aparte de los de USDA deben ser dirigidas al Mississippi Food Network, P.O. Box 411, Jackson, MS 39205 o teléfono 601-353-7286.

CERTIFICACIÓN

Yo certifico que los ingresos brutos anual de mi hogar están a nivel o debajo del nivel del ingreso apuntado en este formulario para los hogares con el mismo número de personas como hay en mi hogar, O que estoy participando en el programa que he marcado en este formulario. Esta certificación será entregada como parte del recibo de la asistencia Federal. Los oficiales del programa pueden verificar lo que he certificado ser verdadero. Yo entiendo que el hecho de hacer una certificación falsa puede resultar en una obligación pagar la agencia del Estado para el valor de la comida distribuida a mí impropriamente y puede obligarme a un procesamiento civil según la ley Estatal o Federal.

(Firma)

(Fecha)

RE-CERTIFICACIÓN - Los clientes recibiendo los beneficios más de una vez cada tres meses tienen que ser re-certificados por lo menos una vez cada tres meses. Los clientes recibiendo los beneficios menos que una vez cada tres meses tienen que ser re-certificados cada vez que reciben los beneficios.

RECORD OF RE-CERTIFICATIONS

Date ___/___/___ By _____ Reason for continuing:

Date ___/___/___ By _____ Reason for continuing:

Date ___/___/___ By _____ Reason for continuing:
