

Por favor circula SI o NO por cada pregunta:



Heartland Hope
MISSIIC

- Si No ¿Esta es su primera vez con Heartland Hope Mission?
 Si No ¿Recibe SNAP (estampillas de comida)?
 Si No ¿Esta en necesidad de asistencia adicional?
 Si No ¿Eres veterano o en servicio activo?



Circula Su Necesidad (es) Comida Ropa Pañales Tamaño: _____

Escribe su nombre primero. Escribe los nombres de todas las personas en su hogar a quien usted le provee alimento.

	Primer Nombre	Apellido	Numero de Seguro	Fecha de Nacimiento	Sexo F/M	Nacionalidad (Pais)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Dirección _____ # Apto _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Tel _____

Razón de su necesidad circula lo que se aplica bajos recursos desempleado crisis no tiene hogar discapitado

Su Ganancia Mensual \$ _____ Firma _____ ←

NEBRASKA

Good Life. Great Mission
DEPT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

División de Servicios para el Bienestar Familiar y de Menores
Programa Temporal de Asistencia de Alimentos de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés)
Elegibilidad para llevar alimentos al hogar

Yo, el abajofirmante, acepto indemnizar y eximir de toda responsabilidad a este agente y al Estado de Nebraska, sus Departamentos, directivos, agencias y empleados, por todos los reclamos, demandas, daños, costos, gastos, acciones y causas de acciones que surjan de cualquier acto u ocurrencia relacionada con la expedición y aceptación de los productos de USDA. También certifico que actualmente el ingreso bruto de mi familia es igual o menor que las siguientes cantidades, o que participo en uno de los siguientes: SNAP, ADC, Suplemento del Estado (AABD), Asistencia de Energía, Asistencia médica solamente, Discapacidad del Estado, o programa para Refugiados. Entiendo que si doy información incorrecta para obtener estos alimentos, mi familia puede quedar suspendida permanentemente de este programa.

Conforme a las leyes federales y a los derechos civiles, reglamentos y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe a esta institución discriminar por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad y reprimir o tomar represalias por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles. (No todos los principios de prohibición se aplican a todos los programas). Las personas discapacitadas que requieran medios alternos para que se les comunique la información de un programa (por ejemplo, braille, letra agrandada, grabación de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deberán comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339. La información del programa también está disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por alegada discriminación, complete el formulario de quejas por discriminación del programa del USDA, AD-3027, que podrá encontrar en línea en http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf o en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de presentación de quejas, comuníquese al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades

El objetivo de este ministerio es proveer asistencia a los individuos necesitados según las condiciones impuestas por los Directores de este Ministerio. Este Ministerio cree que la Iglesia de Cristo es llamada a ver por las carencias de los necesitados. Mateo 25:35-36 "Porque tuve hambre, y ustedes me dieron de comer; tuve sed, y me dieron de beber; fui forastero, y me dieron alojamiento; necesité ropa, ".
 NOTA: Su firma en este formulario nos da autorización de usar su foto, imagen o vídeo, en la preparación de material promocional y también para compartir su información con otras despensas y agencias del Sistema de Información de Nebraska (NMIS).

Tamaño de familia	Ingreso mensual actual	Tamaño de familia	Ingreso mensual actual	Para cada miembro adicional de la familia añadida
1	\$ 1,874	4	\$ 3,863	Add \$663
2	\$ 2,537	5	\$ 4,526	
3	\$ 3,200	6	\$ 5,189	

Office Use Only

Emergency _____ NON USDA _____
 ID Warning _____ Address Warning _____

SP # _____
 Clothing # _____
 Confirmation # _____

Firma	Dirección	No. de personas en el hogar	Mes	Año