



Children (0-17) \_\_\_\_\_  
 Adults \_\_\_\_\_  
 Seniors (60 and up) \_\_\_\_\_

**Bureau of Food Assistance**

**The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)**

**"Self Declaration of Need"**

Effective July 1, 2024 to June 30, 2025

Recipient Name	Agency Representative Signature	Date
Street Address	Distribution Site Name	
City	State	Zip
Distribution Site Location		

The Emergency Food Assistance Program is operated in accordance with United States Department of Agriculture (USDA) policy, which prohibits discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. Eligibility is based upon the income guidelines listed below. The recipient circles the entire line that applies to their Household Size, understanding they must be at, or below, the income level indicated to be eligible for program benefits.

<b>Total Household Income (based on 185% of Poverty)</b>							
<b>Household Size</b>							
<b>Circle One</b>		<b>Annual</b>	<b>Monthly</b>		<b>Weekly</b>		
1	\$	27,861	\$	2,322	\$	536	
2	\$	37,814	\$	3,151	\$	728	
3	\$	47,767	\$	3,981	\$	919	
4	\$	57,720	\$	4,810	\$	1,110	
5	\$	67,673	\$	5,640	\$	1,302	
6	\$	77,626	\$	6,469	\$	1,493	
7	\$	87,579	\$	7,299	\$	1,685	
8	\$	97,532	\$	8,128	\$	1,876	
<i>For each additional family member add:</i>		\$	9,953	\$	830	\$	192

I understand the household income limitations and hereby certify that my household size and income make me eligible for participation in the program. I also certify that, as of today, my household lives in the area served by Pennsylvania in The Emergency Food Assistance Program. This certification form is being completed in connection with the receipt of Federal assistance.

**I UNDERSTAND THAT MAKING A FALSE STATEMENT MAY RESULT IN MY HAVING TO PAY FOR THE VALUE OF THE FOOD IMPROPERLY ISSUED TO ME AND MAY SUBJECT ME TO CRIMINAL PROSECUTION UNDER STATE AND FEDERAL LAW.**

Recipient Signature	Date
---------------------	------



Return completed form to your designated county agency. If you are unsure of the correct agency, please call the Bureau at 1-800-468-2433.

**THIS FORM IS NOT TO BE ALTERED OR CHANGED IN ANY WAY.**

PLEASE REFER TO THE REVERSE SIDE OF THIS DOCUMENT FOR AN IMPORTANT USDA NON-DISCRIMINATION STATEMENT

## USDA Nondiscrimination Statement

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

**1. mail:**

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; or

**2. fax:**

(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

**3. email:**

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

This institution is an equal opportunity provider.

The Emergency Food Assistance Program  
Pennsylvania TEFAP Proxy Form

Date \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ hereby authorize \_\_\_\_\_ to pick up my  
TEFAP Food Package and deliver it to me.

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Proxy Signature

\_\_\_\_\_  
Pantry Representative

Proxy ID Verified



Niños (0-17) \_\_\_\_\_  
 Adultos (18-59) \_\_\_\_\_  
 Ancianos (60 o más) \_\_\_\_\_

**Oficina de Distribución de Alimentos**

**El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)**

**"Declaración Personal de Necesidad"**

Efectivo desde el 1 de julio del 2024 al 30 de junio del 2025

Nombre del Recipiente

Firma de Representante de la Agencia Fecha

Dirección

Nombre del Lugar de Distribución Numero de agencia

Ciudad Estado Código Postal

Localización del Lugar de distribución

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia es operado de acuerdo a las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Elegibilidad es basada según la tasa de ingreso a continuación. El recipiente circulará la línea entera que aplica a su Tamaño de Familia, entendiendo que deben de estar en o por debajo del nivel del ingreso para ser elegible para el programa.

Ingreso total del Hogar (basado en un 185% de pobreza)						
Tamaño de familia (circule uno)		Anual		Mensual		Semanal
1	\$	27,861	\$	2,322	\$	536
2	\$	37,814	\$	3,151	\$	727
3	\$	47,767	\$	3,981	\$	919
4	\$	57,720	\$	4,810	\$	1,110
5	\$	67,673	\$	5,640	\$	1,302
6	\$	77,626	\$	6,469	\$	1,493
7	\$	87,579	\$	7,299	\$	1,685
8	\$	97,532	\$	8,128	\$	1,876
Por cada miembro de familia adicional anade:	\$	9,953	\$	830	\$	192

Entiendo las limitaciones de ingreso del hogar y por la presente certifico que el tamaño de mi familia e ingresos me hacen elegible para participar en el programa. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en el área servida en Pennsylvania por El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia. Esta certificación esta siendo completada en conexión con la recibimiento de asistencia Federal.

**ENTIENDO QUE HACIENDO FALSO TESTIMONIO PUEDE RESULTAR EN TENER QUE PAGAR EL VALOR DE LOS ALIMENTOS OBTENIDOS IMPROPIAMENTE Y PUEDE SER SUJETO A PERSECUCION BAJO LEYES ESTATALES Y FEDERALES.**

Firma del Recipiente

Fecha

 Devuelva el formulario a su agencia Condado designado. Si no esta seguro de la Agencia correcta, por favor llame la oficina al 1-800-468-2433.

**ESTE FORMULARIO NO DEBE SER ALTERADO O MODIFICADO DE NINGUNA MANERA.**

## USDA Nondiscrimination Statement

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

(1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
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).

USDA es un proveedor y empeador de igualdad de oportunidades.

Autorizacion Proxy para el programa TEFAP de Pennsylvania

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a, \_\_\_\_\_ para recoger mi  
paquete del alimento TEFAP para ser entregado a mí.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente



\_\_\_\_\_  
Firma de proxy autorizado

\_\_\_\_\_  
Representante de la Despensa

Identificacion del proxy verifi