



333 E. Oxford St  
Coopersburg PA 18036



**Bureau of Food Distribution**  
**The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)**

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

**"Self Declaration of Need"**

Effective July 1, 2023 to Jun 30, 2024

\_\_\_\_\_  
Recipient Name

\_\_\_\_\_  
Agency Representative Signature                      Date

\_\_\_\_\_  
Street, City, State, Zip

\_\_\_\_\_  
Betty Lou's Pantry- Coopersburg PA-Lehigh County    41  
Distribution Site Name & Location                      Number

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Email address

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.

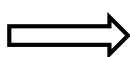
<b>Total Household Income (based on 185% of Poverty)</b>						
<b>Household Size</b>						
<b>Circle One</b>	<b>Annual</b>	<b>Monthly</b>		<b>Weekly</b>		
1	\$ 26,973	\$	2,248	\$	519	
2	\$ 36,482	\$	3,040	\$	702	
3	\$ 45,991	\$	3,833	\$	884	
4	\$ 55,500	\$	4,625	\$	1,067	
5	\$ 65,009	\$	5,417	\$	1,250	
6	\$ 74,518	\$	6,210	\$	1,433	
7	\$ 84,027	\$	7,002	\$	1,616	
8	\$ 93,536	\$	7,795	\$	1,799	
<i>For each additional family member add:</i>	\$ 9,509	\$	792	\$	183	

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, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter 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;
- (2) fax: (202)690-7442; or
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

**Oficina de Distribución de Alimentos**

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

**"Declaración Personal de Necesidad"**

Efectivo desde el 1 de julio del 2023 al 30 de junio del 2024

Nombre del Recipiente			Firma de Representante de la Agencia	Fecha
Dirección			Nombre del Lugar de Distribución	Telefono
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.

<b>Ingreso total del Hogar (basado en un 185% de pobreza)</b>				
<b>Tamaño de familia (circule uno)</b>		<b>Anual</b>	<b>Mensual</b>	<b>Semanal</b>
1	\$	26,973	\$ 2,248	\$ 519
2	\$	36,482	\$ 3,040	\$ 702
3	\$	45,991	\$ 3,833	\$ 884
4	\$	55,500	\$ 4,625	\$ 1,067
5	\$	65,009	\$ 5,417	\$ 1,250
6	\$	74,518	\$ 6,210	\$ 1,433
7	\$	84,027	\$ 7,002	\$ 1,616
8	\$	93,536	\$ 7,795	\$ 1,799
<i>Por cada miembro de familia adicional anade:</i>	\$	9,509	\$ 728	\$ 183

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.**

CONSULTE EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA UNA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN IMPORTANTE DEL USDA

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.

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia		Forma de
Autorización 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	<input type="checkbox"/>	_____ Firma de proxy autorizado
_____ Representante de la Despensa		<input type="checkbox"/> Identificación del proxy verific