

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Annual Eligibility Form

To be eligible:

- Self-report the information in the table below
- Self-declare that:
 - You are in Minnesota
 - Your household income is at or below the income listed for the number of people in your household

The following is NOT required:

- No Identification, No Proof of Address, No Proof of Income, No Proof of Household Size
- No Social Security Number, No Proof of Citizenship/Immigration Status
- No information other than what is on this form can be required from you to access food at this site

Name				Zip Code (optional)
Number of Children (0-17)	Number of Adults (18-64)	Number of Seniors (65+)	Total Number in Household	

Proxy Permission: I authorize the following person(s) to pick up food on my behalf as a proxy

Annual Income Eligibility: (300% of Federal Poverty Guidelines)

Household Size	1	2	3	4	5	6	7	8
Annual Income at or below:	\$46,950	\$63,450	\$79,950	\$96,450	\$112,950	\$129,450	\$145,950	\$162,450

*Add \$16,500 for each additional member

I self-declare that:

- I am in Minnesota.
- My household income is at or below the above guidelines.
- The information I provided is correct to the best of my knowledge and ability.
- I have been shown and have read the USDA Nondiscrimination Statement.
- I have been shown and have read the MN Data Privacy Notice.

☐ Verbal Self-Declaration	Date
OR	
☐ Signature (optional)	Date

Formulario de Elegibilidad Anual del Programa de Asistencia con Alimentos de Emergencia (TEFAP)

Para ser elegible:

- Autoreporte la información en la tabla que sigue
- Autodeclare que:
 - Está en Minnesota
 - Su ingreso familiar está a o por debajo del ingreso listado según el número de personas en su familia

Lo siguiente NO se requiere:

- No requiere identificación, no requiere prueba de su dirección, no requiere prueba de ingreso, no requiere prueba del tamaño de su familia
- No requiere número de seguro social, no requiere prueba de ciudadanía/situación inmigratoria
- Ninguna información que no sea la que se requiere en este formulario puede requerirse para acceder a alimentos en este sitio

Nombre			Código postal (opcional)
Número de niños (0 a 17)	Número de adultos (18 a 64)	Número de ancianos (65 y mayor)	Número total en la familia:

Permiso para representantes: Autorizo a las siguientes personas a buscar alimentos en mi nombre como representantes

Elegibilidad según el ingreso anual (300% de la directriz federal de pobreza)

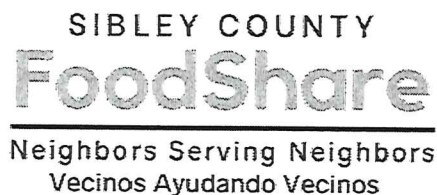
Tamaño de la familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso anual a o por debajo de:	\$46,950	\$63,450	\$79,950	\$96,450	\$112,950	\$129,450	\$145,950	\$162,450

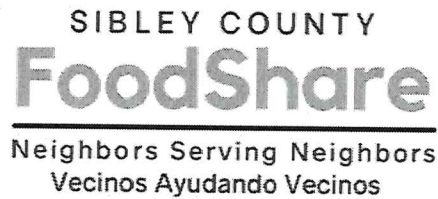
*Agregar \$16,500 por cada miembro adicional

Autodeclaro que:

- Estoy en Minnesota.
- Mi ingreso familiar está a o por debajo de las directrices anteriores.
- La información que he incluido es correcta según mi mejor conocimiento y habilidad.
- Me han mostrado y he leído la Declaración contra la discriminación de la USDA.
- Me han mostrado y he leído la Notificación de privacidad de los datos de MN.

☐ Autodeclaración verbal	Fecha
☐ Firma (opcional)	Fecha

[illegible]

[illegible]