

**Exhibit F**

**YOUR AGENCY'S NAME HERE**

**SAMPLE FORM**

**EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)  
CERTIFICATION OF ELIGIBILITY TO TAKE FOOD HOME**

7 CFR 251

Name: \_\_\_\_\_

Number of People In Household: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

County: \_\_\_\_\_

The attached table shows a yearly gross income for each family size. If your household income is at or below the income listed for the number of people in your household, you are eligible to receive food. Check below if you meet the established income eligibility.

\_\_\_\_\_ Income eligibility

You are also eligible to receive food from TEFAP if your household participates in any of the following programs. If you participate in any of these programs, please place a checkmark in the space(s) next to all that apply.

- \_\_\_\_\_ Food Stamps
- \_\_\_\_\_ Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
- \_\_\_\_\_ Supplemental Security Income (SSI), Medicaid
- \_\_\_\_\_ Residence in Public Housing funded by Municipal, County, State, or Federal Government

Please read the following statement carefully and then sign and date both this form and the attached Income Eligibility Scale. You only need to meet one of these requirements to be eligible to receive USDA commodities.

*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 **OR** that I participate in the program(s) that I have checked on this form. I also certify that as of today, I reside in the State of Florida. This certification 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

**THIS CERTIFICATION IS VALID FOR A PERIOD OF ONE YEAR and may be renewed as needed. Any changes in the household circumstances must be reported to the distributing agency immediately.**

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C., 20250-9410 or call (800) 795-3272 (voice) or 202-720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer.

# YOUR AGENCY'S NAME HERE

## SAMPLE FORM

### EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP) CERTIFICATION OF ELIGIBILITY TO TAKE FOOD HOME

PWOGRAM KI OFRI ÈD MANJE NAN SITIYASYON IJAN  
DOKIMANTASYON SOU KALIFIKASYON POU POTE MANJE LAKAY  
7 CFR 251

Non w : \_\_\_\_\_ Kantite moun ki abite nan kay la : \_\_\_\_\_

Adrès : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Konte : \_\_\_\_\_

Tablo ki la a reprezante salè anyèl, anvan dediksyon taks, pou diferan fanmi. Si salè total tout moun nan kay la egal oswa pi piti pase montan salè ki make pou kantite moun ki abite ak ou, li vle di ke w kalifye pou w resevwa manje. Tcheke anba la pou w wè si w satisfè estanda salè ki tabli.

\_\_\_\_\_ Salè pou ka kalifye

Ou kalifye tou pou w resevwa manje nan TEFAP si moun ki abite ak ou patisipe nan nenpòt nan pwochen pwogram sa yo. Si w patisipe nan nenpòt nan pwogram sa yo, tanpri mete yon kwa nan lespas ki akote tout nan chwa sa yo ki aplike ak fanmi w.

\_\_\_\_\_ Food Stamp  
\_\_\_\_\_ Èd tanporè pou fanmi malere (TANF)  
\_\_\_\_\_ Salè siplemantè pou sekirite (SSI), Medicaid  
\_\_\_\_\_ Lojman nan lojman piblik ke gouvènman federal, leta, konte minisipalite a finanse

Tanpri, byen li pwochen seksyon ki ekri la a epi siyen li, ekri dat jodi a sou toude dokiman sa a ak dokiman ki gen echèl ki dekri kalifikasyon dapre salè. Ou sèlman gen pou w satisfè yun nan obligasyon sa yo pou w resevwa èd USDA.

*Mwen sètifye ke montan salè, andan dediksyon taks, tout moun ki abite ak mwen nan nivo oubyen pi ba pase salè ki make sou dokiman sa a pou moun ki abite nan menm kay e ki gen menm kantite moun **OSWA** ki patisipe nan pwogram lan/yo ke mwen make sou dokiman sa a. Mwen sètifye tout ke se nan leta Florid ke mwen abite. Sètifika sa a asosye ak èd federal ke mwen resevwa. Reprezantan pwogram lan ka verifye ke sa m di a vre. Mwen konprann ke si mwen di yon bagay ki pa vre, alò mwen ka gen pou m peye ajans leta a valè manje ke mwen resevwa e ka gen yon pwosekisyon kriminel oswa sivil kont mwen dapre toude lwa leta ak lwa federal la.*

\_\_\_\_\_  
Siyen la

\_\_\_\_\_  
Dat jodi a

**SÈTIFIKASYON SA A VALAB PANDAN YON PERYÒD YON ANE. Li enpòtan kite ajans k ap distribye èd la konnen tousyit depi gen nenpòt chanjman nan fanmi w.**

Dapre lwa federal la ak règleman depatman agrikilti ameriken, li entèdi pou enstitisyon an diskrimine poutèt ras, koulè po, peyi natif natal, sèks, laj ak enfimite. Pou klase yon plent ofisyèl poutèt diskriminasyon, ekri yon lèt bay USDA, Director, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C., 20250-9410 oubyen rele (800) 795-3272 (pou pale ak moun) oswa 202-720-6382 (TTY). USDA se yon konpayi ki founi sèvis e ki angaje moun san diskriminasyon.

**YOUR AGENCY'S NAME HERE**

**SAMPLE FORM**

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA (TEFAP)  
CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD PARA LLEVAR ALIMENTOS A LA CASA  
7 CFR 251**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Numero de personas en la casa:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Condado:** \_\_\_\_\_

La siguiente tabla le ayudará a determinar su elegibilidad de acuerdo a su ingreso y a su composición familiar. Si el ingreso de su hogar está al nivel o debajo del nivel, de acuerdo al número de miembros en su familia, es elegible para recibir alimentos.

\_\_\_\_\_ **Elegibilidad por ingreso**

También es elegible para recibir alimentos si su familia recibe ayuda de cualquiera de los siguientes programas:

- \_\_\_\_\_ **Cupones de alimentos**
- \_\_\_\_\_ **Asistencia Temporal a Familias de Necesidad (TANF)**
- \_\_\_\_\_ **Ingreso Suplementario(SSDI); Medicaid**
- \_\_\_\_\_ **Vives en un Residencial Público del Gobierno Municipal, del Condado, Estatal o Federal**

Favor de leer cuidadosamente la siguiente declaracion y firmar este formulario con la fecha de hoy. El requisito para ser elegible para recibir la ayuda de alimentos TEFAP es que cumpla con solo uno de los requisitos antes mencionados.

*Certifico que el ingreso de mi familia esta al nivel o bajo el nivel de ingreso de acuerdo al numero de miembros en mi familia, ya establecido, o que recibo ayuda de alguno de los programas de ayuda marcados anteriormente. Ademas, certifico que en este momento resido en el estado de la Florida. Algunos de sus oficiales pueden verificar que lo declarado en esta forma es correcto. Entiendo que si hago una declaracion falsa en cuanto a la informacion arriba provista, puede resultar en tener que pagar a la agencia del estado el valor de los alimentos recibidos impropriamente, y puede resultar en un delito bajo las leyes del estado y federales.*

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE (Firma)**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**Esta certificacion vale por un ano y puede ser renovada, a menos que las circunstancias cambien.**

De acuerdo a la poliza de las leyes federales y el Departamento de Agricultura (USDA), este proveedor prohíbe la discriminacion en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad o impedimento.

Para registrar alguna queja de discriminacion, escriba a USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 o al 202-720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad.