



# Emergency Food Box Application

## Aplicación de caja de alimentos de emergencia

Please read the instructions before completing the application.

*Your complete address is needed for food box delivery.*

Mail to: C/O Hope for the Cities  
100 N. First St. Wylie, TX 75098

or

Email to: [food@hopeforthecities.com](mailto:food@hopeforthecities.com)

Por favor, lea las instrucciones antes de completar la solicitud.

*Se necesita su dirección completa para la entrega de cajas de alimentos.*

Envíe un correo a: C/O Hope for the Cities 100 N. First St., Wylie, TX 75098

o envíe un correo electrónico: [food@hopeforthecities.com](mailto:food@hopeforthecities.com)

**Household Application for USDA Foods / Solicitud doméstica de los alimentos del USDA**

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) / El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

Sites may request but must not require proof of information. / Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información.

**Section 1 — Household Information****Sección 1 — Información de hogar**

|                                                                                                                                                                                         |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Name of household member/Nombre del miembro de la unidad familiar</b>                                                                                                                | <b>Number of household members/<br/>Número de miembros del hogar</b> |
| <b>Address/Dirección</b>                                                                                                                                                                |                                                                      |
| <i>Zip code is required at minimum. Full address is not required for eligibility./Se requiere código postal como mínimo. No se requiere la dirección completa para la elegibilidad.</i> |                                                                      |
| <b>Name of proxy/Nombre de apoderado</b>                                                                                                                                                |                                                                      |

**Section 2 — Categorical Eligibility****Sección 2 — Elegibilidad Categórica**

|                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)/Programa de ayuda suplemental de la nutrición</b>                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Temporary Assistance for Needy Families (TANF)/Asistencia temporal para familias necesitadas</b>                                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Supplemental Security Income (SSI)/Seguridad de ingreso suplementario</b>                                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)/Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido)</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Medicaid/Medicaid</b>                                                                                                                                |

**Section 3 — Income Eligibility****Sección 3 — Elegibilidad de Ingresos**

|                                                     |                                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Total gross income \$ _____                         | Ingreso bruto total \$ _____                       |
| _____ per year    _____ per month    _____ per week | _____ por año    _____ por mes    _____ por semana |

**Section 4 — Household Crisis Eligibility****Sección 4 — Elegibilidad de Crisis del Hogar**

|                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here./Si el hogar es elegible para las necesidades alimentarias del hogar en caso de crisis, documenta el motivo de la crisis aquí.</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Section 5 — Certification****Sección 5 — Certificación**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I certify that:</b><br><p>(1) I am a member of the household living at the address provided in Section 1 and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;</p> <p>(2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and</p> <p>(3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.</p> | <b>Certifico que:</b><br><p>(1) soy miembro del hogar que vive en la dirección que se da en la Sección 1, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;</p> <p>(2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y</p> <p>(3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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, 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/ad-3027.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.**

**Declaración de No Discriminación del USDA**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

- (1) correo:  
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 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

**Esta entidad es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

**Sections 6 & 7 must be completed by the CE or the site staff:****Section 6 — Eligibility or Ineligibility**

\_\_\_ Household is eligible. Length of certification:

Beginning (month/year): \_\_\_\_\_

Ending (month/year): \_\_\_\_\_

\_\_\_ Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4).

Length of certification: Beginning (month/year): \_\_\_\_\_

Ending (month/year): \_\_\_\_\_

**Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad**

\_\_\_ El Hogar es elegible. Duración de la certificación:

Inicio (mes/año): \_\_\_\_\_

Final (mes/año): \_\_\_\_\_

\_\_\_ El hogar no es elegible basado en las secciones 2 y 3, pero califica para TEFAP basado en la elegibilidad de crisis del hogar (Sección 4).

Duración de la certificación: Inicio (mes/año): \_\_\_\_\_

Final (mes/año): \_\_\_\_\_

**Section 7 — Signature and date of CE or site staff****Sección 7— Firma y fecha del CE o del sitio personal**

**Signature/Firma** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_