Estado de Illinois - Departamento de Servicios Humanos

DECLARACIÓN DEL PODERHABIENTE - PROGRAMA ALIMENTOS DE EMERGENCIA - Recibo para Alimentos de Despensas Año Fiscal 2018

ELEGIBILIDAD POR INGRESOS BASADO EN EL185% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA

Este poder es para el individuo que tiene una condición de discapacidad que le impide recoger alimentos de una despensa. También, puede ser usado por aquellos que sus horarios de trabajo interfieren con el horario de distribución de alimentos del USDA.

Por Favor Escriba con Letra de Molde

Nombre del Beneficiario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ___ Zona Postal: _____

Tamaño del Hogar: _____

SE REQUIERE PARA RECIBIR ALIMENTOS TANF	
Número de niños de 18 años o menores en el hogar	

Poderhabiente / Apoderado: _____
Persona Designada a Recojer Alimentos

Nombre de la Despensa: Loaves & Fishes Community Services

Dirección de la Despensa: 1871 High Grove Lane

Ciudad: Naperville Estado: IL Zona Postal: 60119

¿Actualmente, recibe usted beneficios SNAP (antes Estampillas de Comida)? ☐**Sí** ☐**No**

Por favor marque uno

El uso intencional de alimentos del USDA para ganancia personal es una ofensa federal y estatal sujeta a multas hasta por $25,000 y / o prisión hasta por 5 años.

YO CERTIFICO CON MI FIRMA QUE:

El ingreso bruto de mi hogar no excede el límite establecido por DHS; la información que he dado es correcta y verdadera; yo usaré los alimentos recibidos sólo para el consumo de mi hogar; y exonero al USDA, al Estado de Illinois y a cualquier agencia o persona que distribuya los alimentos, de cualquier responsabilidad que resulte al recibir alimentos,

INGRESO BRUTO MENSUAL MÁXIMO DEL DHS PARA OBTENER ALIMENTOS
NIVEL DE INGRESOS PARA EL AÑO FISCAL 2018
(1 DE JULIO 2017 HASTA 30 DE JUNIO 2018)

Tamaño del Hogar	Ingreso Mensual	Tamaño del Hogar	Ingreso Mensual
1	$1,859	5	$4,437
2	$2,504	6	$5,081
3	$3,148	7	$5,726
4	$3,793	8	$6,370
Si hay más de 8 miembros en el hogar, para cada miembro adicional, añada $644.			

Firma del Beneficiario _____ Fecha _____

Firma del Poderhabiente o Apoderado _____ Fecha _____

Firma del Personal de la Despensa _____ Fecha _____

Esta Institución Es Un Proveedor Que Ofrece Igualdad En Las Oportunidades