

**ALTERNATIVE PICK-UP REQUEST FORM****THE EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP) 2025 INCOME GUIDELINES**

Date: \_\_\_\_\_

| TEFAP MAXIMUM INCOME |                          |                         |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|
| HOUSEHOLD SIZE       | MONTHLY HOUSEHOLD INCOME | ANNUAL HOUSEHOLD INCOME |
| 1                    | \$3,064.79               | \$36,777.50             |
| 2                    | \$4,141.88               | \$49,702.50             |
| 3                    | \$5,218.96               | \$62,627.50             |
| 4                    | \$6,296.04               | \$75,552.50             |
| 5                    | \$7,373.13               | \$88,477.50             |
| 6                    | \$8,450.21               | \$101,402.50            |
| 7                    | \$9,527.29               | \$114,327.50            |
| 8                    | \$10,604.38              | \$127,252.50            |
| Over 8               | Add \$1,077.09 each      | Add \$12,925.00 each    |

**Authorization:**

I hereby authorize, \_\_\_\_\_ to pick up my United States Department of Agriculture the Emergency Food Assistance Program (TEFAP) commodities as I am unable to do so.

**Certification:**

I certify under penalty of perjury that my household income for the past 30 days does not exceed the TEFAP monthly guidelines, or for the past twelve months does not exceed the annual guidelines and that the number listed for my household size is true and correct. Commodities are for my personal home use, not to be sold, traded, or given away.

\_\_\_\_\_  
Signature\_\_\_\_\_  
County of Residence\_\_\_\_\_  
Zip Code\_\_\_\_\_  
Number of people in household

*This institution is an equal opportunity provider.*

**SOLICITUD PARA QUE OTRA PERSONA RECOJA LOS PRODUCTOS  
PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL DE ALIMENTOS EN CASO DE EMERGENCIA (TEFAP)  
GUÍA DE INGRESOS PARA EL 2025**

Fecha: \_\_\_\_\_

**MÁXIMO DE INGRESOS PARA EL TEFAP**

| <b>TAMAÑO DEL HOGAR</b> | <b>INGRESOS MENSUALES<br/>DEL HOGAR</b> | <b>INGRESOS ANUALES<br/>DEL HOGAR</b> |
|-------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| 1                       | \$3,064.79                              | \$36,777.50                           |
| 2                       | \$4,141.88                              | \$49,702.50                           |
| 3                       | \$5,218.96                              | \$62,627.50                           |
| 4                       | \$6,296.04                              | \$75,552.50                           |
| 5                       | \$7,373.13                              | \$88,477.50                           |
| 6                       | \$8,450.21                              | \$101,402.50                          |
| 7                       | \$9,527.29                              | \$114,327.50                          |
| 8                       | \$10,604.38                             | \$127,252.50                          |
| Más de 8                | Añada \$1,077.09 por cada persona       | Añada \$12,925.00 por cada persona    |

**Autorización:**

Por medio de la presente autorizo a \_\_\_\_\_ para que recoja los productos del Programa de Asistencia Temporal de Alimentos en Caso de Emergencia (Emergency Food Assistance Program o TEFAP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, ya que no puedo hacerlo yo mismo.

**Certificación:**

Certifico bajo pena de perjurio que los ingresos de mi hogar durante los últimos 30 días no sobrepasan los límites mensuales del TEFAP o que los ingresos de mi hogar durante los últimos doce meses no sobrepasan los límites anuales. También certifico que el número de personas que he anotado para el tamaño de mi hogar es verdadero y correcto. Los productos son para el uso de mi hogar y no los venderé, intercambiaré ni regalaré.

Firma \_\_\_\_\_

Condado en el que reside \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Número de personas en el hogar \_\_\_\_\_

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