

HOPE INTAKE HOUSEHOLD APPLICATION FOR USDA FOODS



Name of Household Member: _____

Number of People in Household: _____ Date of Birth*: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Zip code is required at minimum. Full address is not required for eligibility.

Phone Number*: _____ (*Participant will receive USDA Foods through TEFAP even if a participant refuses to provide their date of birth or phone number)

Name of Proxy (if applicable): _____

Address of Proxy: _____ City: _____ Zip: _____

This person is designated to pick up food on behalf of the eligible household. The proxy must show ID every time they pick up on behalf of the eligible household.

If the household receives other assistance, mark the appropriate choice(s) below and skip the “Total Household Income” and crisis situation sections.

___ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) ___ Supplemental Security Income (SSI)

___ Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ___ Medicaid

___ National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)

Total Household Income: \$ _____ per _____

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) Income Eligibility Guidelines

July 1, 2026 - June 30, 2027

Based on 185% of Federal Poverty Guidelines Basado en el Nivel Federal de Pobreza del 185%					
Household Size <i>Tamaño del hogar</i>	Annual Income <i>Ingresos Anuales</i>	Monthly Income <i>Ingresos Mensuales</i>	Twice-Monthly Income <i>Ingresos dos veces al mes</i>	Bi-Weekly Income <i>Ingresos Quincenales</i>	Weekly Income
1	\$29,526	\$2,461	\$1,231	\$1,136	\$568
2	\$40,034	\$3,337	\$1,669	\$1,540	\$770
3	\$50,542	\$4,212	\$2,106	\$1,944	\$972
4	\$61,050	\$5,088	\$2,544	\$2,349	\$1,175
5	\$71,558	\$5,964	\$2,982	\$2,753	\$1,377
6	\$82,066	\$6,839	\$3,420	\$3,157	\$1,579
7	\$92,574	\$7,715	\$3,858	\$3,561	\$1,781
8	\$103,082	\$8,591	\$4,296	\$3,965	\$1,983
For each additional household member, add / Por Cada miembro adicional del hogar, suma:	+\$10,508	+\$876	+\$438	+\$405	+\$203

ANSWER ONLY if your household does not receive the government assistance listed above AND your income does not fall within the USDA income guidelines above: Was there a crisis situation that caused you to need food? Yes No If yes, please state the situation: _____

Revised July 3rd, 2026

HOPE INTAKE HOUSEHOLD APPLICATION FOR USDA FOODS



The USDA Certification period is up to twelve months. For crisis food need the certification period is up to six months. Texas Department of Agriculture can approve crisis food need for seven to twelve months.

- (1) I am a member of the household living at the address provided in Section II and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;
- (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
- (3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Intake Staff or Volunteer Only:

USDA Certification Period: ____ / ____ / ____ to ____ / ____ / ____

Certifier's Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Household is eligible based on the following (check appropriate option):

- Receives government assistance listed above Low income Crisis food need

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter 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

(2) fax: (202) 690-7442; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

Revised July 3rd, 2026

FORMULARIO DE ADMISION DE HOPE SOLICITUD HOGAR PARA ALIMENTOS DEL USDA



Nombre del miembro del hogar: _____

Número de personas en el hogar: _____ Fecha de nacimiento*: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Se requiere código postal como mínimo. No se requiere la dirección completa para la elegibilidad.

Número de teléfono*: _____ (*El participante recibirá alimentos del USDA a través de TEFAP incluso si se niega a proporcionar su fecha de nacimiento o número de teléfono)

Nombre del apoderado (si corresponde): _____

Dirección del apoderado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Esta persona está designada para recoger alimentos en nombre del hogar elegible. El apoderado debe mostrar una identificación cada vez que recoja en nombre del hogar elegible.

Si el hogar recibe otro tipo de asistencia, marque las opciones correspondientes a continuación y omita las secciones de "Ingreso total del hogar" y situación de crisis.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Medicaid Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) (comidas gratuitas o a precio reducido)

Ingreso total del hogar: \$ _____ por _____

Pautas de elegibilidad de ingresos del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP)

1 de julio de 2026 – 30 de junio de 2027

Based on 185% of Federal Poverty Guidelines Basado en el Nivel Federal de Pobreza del 185%					
Household Size Tamaño del hogar	Annual Income Ingresos Anuales	Monthly Income Ingresos Mensuales	Twice-Monthly Income Ingresos dos veces al mes	Bi-Weekly Income Ingresos Quincenales	Weekly Income
1	\$29,526	\$2,461	\$1,231	\$1,136	\$568
2	\$40,034	\$3,337	\$1,669	\$1,540	\$770
3	\$50,542	\$4,212	\$2,106	\$1,944	\$972
4	\$61,050	\$5,088	\$2,544	\$2,349	\$1,175
5	\$71,558	\$5,964	\$2,982	\$2,753	\$1,377
6	\$82,066	\$6,839	\$3,420	\$3,157	\$1,579
7	\$92,574	\$7,715	\$3,858	\$3,561	\$1,781
8	\$103,082	\$8,591	\$4,296	\$3,965	\$1,983
For each additional household member, add / Por Cada miembro adicional del hogar, sume:	+\$10,508	+\$876	+\$438	+\$405	+\$203

RESPONDA SOLO si su hogar no recibe la asistencia gubernamental mencionada anteriormente y sus ingresos no se encuentran dentro de las pautas de ingresos del USDA mencionadas anteriormente: ¿Hubo una situación de crisis que le obligó a necesitar alimentos? Sí No En caso afirmativo, indique la situación: _____

Revisado el 3 de Julio de 2026

FORMULARIO DE ADMISION DE HOPE

SOLICITUD HOGAR PARA ALIMENTOS DEL USDA



El período de certificación del USDA es de hasta doce meses. Para casos de emergencia alimentaria, el período de certificación es de hasta seis meses. El Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar casos de emergencia alimentaria por un período de siete a doce meses.

(1) Soy miembro del hogar que vive en la dirección proporcionada en la Sección II y, en nombre del hogar, solicito alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia; (2) toda la información proporcionada a la agencia que determina la elegibilidad de mi hogar es, según mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y (3) si corresponde, la información proporcionada por el representante del hogar es, según mi leal saber y entender, verdadera y correcta.

Solo personal de admisión o voluntarios:

Período de certificación del USDA: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Firma del certificador: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

El hogar es elegible según lo siguiente (marque la opción correspondiente):

- Recibe la asistencia del gobierno mencionada anteriormente
- Bajos ingresos
- Necesidad alimentaria crítica

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), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, audiocasete, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación ante el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA (AD-3027), disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisado el 3 de Julio de 2026