

Texas Commodity Assistance Program (TEXCAP)

Programa de Texas de Asistencia con Productos Básicos (TEXCAP)

**Household Application for
USDA Donated Commodities**

**Solicitud de productos
básicos donados por el USDA**

Section I — Application (to be completed by the household member)

Sección I. Solicitud (debe llenarla un miembro de la unidad familiar)

By signing below, I certify that: (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-donated commodities that are distributed through the Texas Commodity 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 "Authorized Representative" (as named below or as authorized on a separate page) is also, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Al firmar a continuación, certifico que: (1) soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da en la Sección II, y que solicito en nombre de la unidad familiar los productos básicos donados por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y distribuidos por el Programa de Texas de Asistencia con Productos Básicos, (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 (3) si es pertinente, la información presentada por el "representante autorizado" de la unidad familiar (como se asigna abajo o como se autoriza en otra hoja) también es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Signature—Household Member
Firma del miembro de la unidad familiar

Date/Fecha

Person authorized to act on behalf of household (optional)/
Persona autorizada para actuar en nombre de la unidad familiar (opcional):

Name of Authorized Representative/ Nombre del representante autorizado	Address of Authorized Representative/ Dirección del representante autorizado
--	--

Nondiscrimination:

An eligible person must be allowed to participate in the program without regard to race, color, national origin, sex, age, disability, religion, or political belief. Send discrimination complaints to: Civil Rights Office, Texas Health and Human Services Commission, P.O. Box 13247, Austin, Texas 78711, or the U. S. Department of Agriculture (USDA), Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410. Note: Send complaints based on religion or political beliefs *only* to Civil Rights Office, Texas Health and Human Services Commission.

DISCRIMINACIÓN.

No se debe discriminar a las personas que llenan los requisitos del programa debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión o creencias políticas. Cualquiera que crea que lo han discriminado debe escribir inmediatamente a: Civil Rights Office, Texas Health and Human Services Commission, P.O. Box 13247, Austin, Texas 78711, ó a U.S. Department of Agriculture (USDA), Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410. NOTA: las quejas de discriminación por razones de religión o creencias políticas se deben hacer *solamente* ante: Civil Rights Office, Texas Health and Human Services Commission.

Section II — Household Information (to be completed by the household member/authorized representative OR the recipient agency that is determining eligibility)

Sección II. Información sobre la unidad familiar (debe llenarla un miembro de la unidad familiar, el representante autorizado O la agencia beneficiaria que determinará la elegibilidad.

Name of Household Member/ Nombre del miembro de la unidad familiar	Number of Household Members/ Número de miembros de la unidad familiar
Residence/Mailing Address/Domicilio o dirección postal	
Household receives other assistance?/¿Recibe la unidad familiar otra asistencia? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No If "Yes," what type of assistance?/Si contesta "Sí", ¿qué tipo de asistencia? <input type="checkbox"/> Temporary Assistance to Needy Families (TANF)/ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) <input type="checkbox"/> Food Stamps/ Estampillas para Comida <input type="checkbox"/> SSI/ SSI <input type="checkbox"/> Medicaid/ Medicaid	
Total gross income* (the amount before deductions) of all household members is:/ Ingresos totales brutos* (la cantidad antes de las deducciones) de todos los miembros de la unidad familiar son: \$ _____ <input type="checkbox"/> Per Year/ <input type="checkbox"/> Per Month/ <input type="checkbox"/> Per Week/ <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por semana	

* Farmers and self-employed persons may report NET income (the amount after expenses).

* Los agricultores y las personas que trabajan por cuenta propia pueden anotar los ingresos NETOS (la cantidad después de restar los gastos).

Section III — Temporary Emergency Food Need (to be completed by the recipient agency **only if the household is determined ineligible on the basis of Section II information**)

Is the household in need of temporary, emergency food assistance? **Yes** **No**

Section IV — Recipient Agency Documentation (to be completed by the recipient agency)

- Household is INELIGIBLE** (Explain the reason for ineligibility in the Comments section below.)
- Household is ELIGIBLE based on:**
 - Low Income** (Enter Certification Period below; sign and date the form at the bottom.)
 - Emergency Food Need** (Describe emergency need in Comments section; enter Certification Period; sign and date the form.)
 - Receipt of TANF** (Enter Certification Period; sign and date the form.)
 - Receipt of Food Stamps** (Enter Certification Period; sign and date the form.)
 - Receipt of SSI** (Enter Certification Period; sign and date the form.)
 - Receipt of Medicaid** (Enter Certification Period; sign and date the form.)

Certification Period:

Beginning (Month/Year)	Ending (Month/Year)
------------------------	---------------------

Comments:

Signature—Recipient Agency Official

Date