



COMMUNITY ACTION
CENTER FOR SELF-RELIANCE
FOOD PANTRIES

EVALUACIÓN DE LOS HOGARES 2026

Tel _____

Dirección : _____ Ciudad: * _____ Código postal: _____ Fecha: _____

Dirección de correo (si diferente): _____

Número de gente en la familia: _____ If you wrote Shelburne Falls, what city do you physically live in? Shelburne, or Buckland _____

| | | | | | |
|---|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Nombre | | | | | |
| Relación | Cabeza de familia | | | | |
| Fecha de nacimiento: | | | | | |
| Yerno | | | | | |
| Lenguaje | | | | | |
| Estado militar: | Vet -Activo- N/A | Vet -Activo- N/A | Vet -Activo- N/A | Vet-Activo - N/A | Vet -Activo- N/A |
| Discapacidad: | si no | si no | si no | si no | si no |
| Latinos o Hispanos: | si no | si no | si no | si no | si no |
| Raza: A. Blanco B. Negro/Africano C. Indio Americano / Nativo de Alaska D. Asiático E. Nativo Hawaiano / Isles de Pacífico F. Otro G. Declina | Elija una opción de la lista de la izquierda e ingrese la letra en el cuadro | | | | |
| Educación: A. Grado 0-8* B. Grado 9 a 12-sin diploma C. Ged D. Diploma de Escuela Secundaria E. 12+ Algunos postsecundarios F. Universidad de 2 o 4 años G. Graduado o postsecundario H. Otro | Elija una opción de la lista de la izquierda e ingrese la letra en el cuadro | | | | |
| Empleo A. Tiempo completo B. Tiempo parcial C. Jubilado D. Desempleados (3 meses) E. Desempleados (6+ meses) F. No está en la fuerza laboral G. migrante trabajador | Elija una opción de la lista de la izquierda e ingrese la letra en el cuadro | | | | |
| Salud A. MassHealth (Medicaid) B. Medicare C. HealthConnector D. Proporcionado por el empleador E. Atención médica militar F. Seguro médico privado | Elija una opción de la lista de la izquierda e ingrese la letra en el cuadro | | | | |

Actual Mensual Renta Para Usted Casa

► Por favor, enumere los montos mensuales brutos para cada miembro de su hogar financiero mencionado anteriormente

| | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre Completo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sin ingresos | Sin ingresos | Sin ingresos | Sin ingresos | Sin ingresos | Sin ingresos |
| Ingresos por trabajo por cuenta propia | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Salario | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Desempleo | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| SSI | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| SSDI | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Jubilación del Seguro Social | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| TAFDC/EAEDC | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Manutención de los hijos | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Pensión alimenticia | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Beneficios del VA | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Otro Por favor, describa | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Total Mensual: | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |

Otra información sobre su hogar

Beneficios (marque todos los que aplican)

- ☐ Bono de cuidado infantil
- ☐ Asistencia de combustible/LIHEAP SNAP
- ☐ WIC
- ☐ Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio Beneficio de apoyo a la educación militar

Tipo de vivienda

- ☐ Alquilar o poseer sin subsidio
- ☐ Subsidiado (autoridad de vivienda, Sección 8) Vivienda duplicada (couch surfing)
- ☐ No hay refugio de vivienda
- ☐ Otras viviendas permanentes

Tipo de familia

- ☐ Hogar multigeneracional
- ☐ unipersonal
- ☐ Adultos no emparentados con niños Monoparental
- ☐ Dos padres
- ☐ Dos o más adultos

Firma

Certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Fichado

Fecha

Padre o tutor si es menor de 18 años



**COMMUNITY ACTION
PIONEER VALLEY**

growth • empowerment • community

Permiso para divulgar información Community Action Pioneer Valley

Community Action Pioneer Valley (CAPV) quiere ofrecer los mejores programas y servicios posibles a nuestra comunidad. Para ayudarnos a comprender cómo le ayudan nuestros programas y servicios, le pedimos que nos proporcione información sobre usted y su familia. La información sobre usted y su familia es personal y privada y no se puede compartir sin su aprobación por escrito.

Su información personal solo se puede compartir en las formas descritas en este formulario o según lo requiera o permita la ley. Por favor léalo cuidadosamente antes de firmar.

La firma de este formulario le otorga al personal de CAPV permiso para compartir su información personal y la información personal de todos los miembros de su hogar sobre quienes proporcione información, incluidos los niños, las parejas y la familia extendida dentro de los programas de CAPV, y para reportar su información personal a financiadores, auditores, o evaluadores, según se requiera. Si es necesario que el personal comparta información sobre usted y su familia con otras organizaciones comunitarias o proveedores de servicios, deberá firmar un formulario de permiso por separado en ese momento.

"Información personal" significa cualquier información que, debido a un nombre, número de identificación, marca o descripción se pueda vincular con usted o un miembro de su familia.

Ejemplos de información personal que puede ser compartida por Community Action Pioneer Valley incluyen:

- Información biográfica (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social)
- Información demográfica (por ejemplo, raza, origen étnico, idioma)
- Información sobre participación y elegibilidad en el programa
- Información sobre el trabajo del personal de CAPV y el contacto con usted y su familia (por ejemplo, notas del trabajador social o actas de reuniones)

¿Cuál es el propósito de recopilar mi información personal y cómo se utilizará?

Su información personal, como se define anteriormente, se recopila y utiliza para:

- Determinar para qué programas de CAPV pueden ser elegibles usted y su familia
- Brindar mejores servicios a usted y a su familia
- Coordinar y administrar servicios entre programas en CAPV
- Informar a financiadores, auditores, monitores, evaluadores, etc.

¿Tengo que firmar este formulario?

No tiene la obligación de firmar este formulario. Pero, si no lo hace, no podrá recibir servicios de los siguientes programas: Community Resources & Advocacy, el Center for Self-Reliance, Food Pantries y Money Matters. Lo remitiremos a otra organización para que le puedan brindar servicios.

Si firmo, ¿puedo retirar mi permiso más adelante?

Usted es libre de retirar o cancelar su permiso con respecto al uso y a la divulgación de su información (y de dejar de participar en cualquier programa) en cualquier momento.

Después de que nos diga que ya no tenemos su permiso, no se compartirá información adicional sobre su familia, excepto en los casos en que la ley permita que CAPV continúe usando su información. Si retira su permiso, no afectará la información que ya se haya compartido. Si opta por retirar su permiso, debe realizar esta solicitud por escrito al personal de CAPV con el que está trabajando.

Permiso para divulgar información:

Al firmar a continuación, entiendo que:

- Community Action Pioneer Valley mantendrá la privacidad de la información personal y financiera que yo proporcione sobre mí y los miembros de mi familia que reciben servicios de Community Action Pioneer Valley
- Community Action Pioneer Valley puede compartir información entre sus programas, según sea necesario para brindarme servicios
- Community Action Pioneer Valley puede compartir información según lo requiera o a pedido de agencias gubernamentales y otras entidades que financian, regulan, auditan, monitorean o investigan Community Action Pioneer Valley, y según lo autorice o requiera la ley, el proceso legal o una orden judicial
- Para cualquier otro propósito, Community Action Pioneer Valley me preguntará antes de compartir información y obtendrá mi permiso

El permiso para compartir mi información personal es válido hasta por 1 año después de la fecha en que firmo este formulario.

Por medio de la presente, certifico que la información presentada al personal de Community Action Pioneer Valley es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. La información engañosa o incompleta puede resultar en la denegación o terminación de los servicios.

Nombre del cliente (en mayúsculas): _____

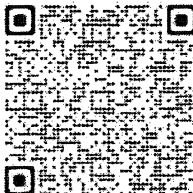
Firma del cliente: _____

(padre/madre/tutor legal si es menor de 18 años)

Si es menor de 18 años, nombre de padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Para más información sobre Data Privacy and Confidentiality in CAPV's CMS (CHPM) Database System, visita este enlace: **Data Privacy and Confidentiality in CMS** (**communityaction.us**) o escanea esto QR code:



Declaración de Elegibilidad USDA/TEFAP

Declaración de necesidad económica es suficiente para recibir alimentos USDA/TEFAP en la primera visita de un huésped. Las visitas posteriores requieren una declaración de elegibilidad de acuerdo con las pautas a continuación. Los huéspedes deben poder auto-declarar su elegibilidad. No se requiere verificación de residencia, ingresos o recibo de beneficios. No se requiere identificación con fotografía ni números de seguro social, y el USDA y el Estado de Massachusetts prohíben solicitar esta información. La declaración de elegibilidad debe mantenerse en el archivo de cada invitado para el año fiscal en curso más tres años anteriores. Los programas deben realizar un seguimiento cada vez que los invitados reciben USDA, pero no se requiere que el invitado firme o vuelva a certificar la elegibilidad después de la declaración inicial. Los participantes deben recertificar su elegibilidad anualmente.

Nombre: _____

Código Postal: _____

Numero de Personas en el Hogar: _____

¿Recibes alguno de los siguientes tipos de asistencia? Por favor marque todos los que apliquen:

WIC: _____ TANF: _____ SSI: _____ Asistencia de Calefacción

: _____ SNAP: _____ Ayuda de Veteranos: _____ Head

Start: _____ AFDC: _____ Medicaid (MassHealth): _____

Almuerzo de Escuela Gratis/Precio Reducido _____

EAEDC: _____

Si NO recibes ninguno de los beneficios enumerados anteriormente, ¿los ingresos de su hogar cumplen con las siguientes pautas de ingresos*?

Por favor marque: SI NO

Opcional: Deseo permitir que _____ recoja comida para mi hogar. Fecha: _____

| # de Miembros del Hogar | Anual | Mensual | Semanal |
|--------------------------------------|-----------|----------|---------|
| 1 | \$39,125 | \$3,260 | \$752 |
| 2 | \$52,875 | \$4,406 | \$1,017 |
| 3 | \$66,625 | \$5,552 | \$1,281 |
| 4 | \$80,375 | \$6,698 | \$1,546 |
| 5 | \$94,125 | \$7,844 | \$1,810 |
| 6 | \$107,875 | \$8,989 | \$2,075 |
| 7 | \$121,625 | \$10,135 | \$2,339 |
| 8 | \$135,375 | \$11,281 | \$2,603 |
| Por cada miembro del hogar, agregue: | +13,750 | +1,146 | +264 |

TEFAP Pautas de Ingreso 2025-2026

Si el invitado NO recibe ninguno de los beneficios anteriores O cumple con las pautas de ingresos, el invitado puede declarar la necesidad financiera de recibir alimentos USDA/TEFAP SOLAMENTE en su primera visita. La elegibilidad de acuerdo con los requisitos anteriores debe certificarse en visitas posteriores. Marque AQUÍ para declarar necesidad económica: ☐

Firma: _____ Fecha: _____

Office Use Only:

Last Name: _____

Form must be renewed on (date): _____

ESTA PÁGINA ES SOLO PARA EL PERSONAL

Personal: Círculo de tamaño de HH y nivel de ingresos en la tabla a continuación. Para los ingresos, rodee los 2 niveles en los que se encuentra el ingreso entre:

| Tamaño del hogar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 200% del nivel federal de pobreza (CSBG) | \$ 2,608 | \$ 3,525 | \$ 4,442 | \$ 5,358 | \$ 6,275 | \$ 7,192 | \$ 8,108 | \$ 9,025 |
| Mensual: | | | | | | | | |
| *Vigente 7/1/2025 | \$31,300 | \$42,300 | \$53,300 | \$64,300 | \$75,300 | \$86,300 | \$97,300 | \$108,300 |
| Anual: | | | | | | | | |
| 250% del nivel federal de pobreza (USDA) | \$ 3,260 | \$ 4,406 | \$ 5,552 | \$ 6,698 | \$ 7,844 | \$ 8,989 | \$ 10,135 | \$ 11,281 |
| Mensualmente: | | | | | | | | |
| *efectivo 7/1/2025 | \$39,125 | \$52,875 | \$66,625 | \$80,375 | \$94,125 | \$107,875 | \$121,625 | \$135,375 |
| Anual: | | | | | | | | |
| 30% del ingreso medio (extremadamente bajo) | \$ 2,096 | \$ 2,396 | \$ 2,696 | \$ 2,992 | \$ 3,233 | \$ 3,596 | \$ 4,054 | \$ 4,512 |
| Mensual: | | | | | | | | |
| *efectivo 5/1/2025 | \$ 25,150 | \$ 28,750 | \$ 32,350 | \$ 35,900 | \$ 38,800 | \$ 43,150 | \$ 48,650 | \$ 54,150 |
| Anual: | | | | | | | | |
| 50% del ingreso medio (muy bajo) | \$ 3,487 | \$ 3,983 | \$ 4,487 | \$ 4,983 | \$ 5,383 | \$ 5,783 | \$ 6,179 | \$ 6,579 |
| Mensual: | | | | | | | | |
| *efectivo 5/1/2025 | \$41,850 | \$47,800 | \$53,850 | \$59,800 | \$64,600 | \$69,400 | \$74,150 | \$78,950 |
| Anual: | | | | | | | | |
| 80% del ingreso medio (bajo) | \$ 5,583 | \$ 6,379 | \$ 7,175 | \$ 7,971 | \$ 8,612 | \$ 9,250 | \$ 9,887 | \$ 10,525 |
| Mensual: | | | | | | | | |
| *efectivo 5/1/2025 | \$67,00 | \$76,550 | \$86,100 | \$95,650 | \$103,350 | \$111,000 | \$118,650 | \$126,300 |
| Anual: | | | | | | | | |

☐ Solicitud de inscripción completa: Nombre del personal: _____

☐ Solicitud de inscripción incompleta: Nombre del personal: _____

Notas: