



Monument Crisis Center

1990 Market Street, Concord, CA 94520

Phone: (925) 825-7751 Fax: (925) 825-8732

www.MonumentCrisisCenter.org

Horario de distribución de despensas:

Lunes a jueves de 9:00-12:00pm (Nuevos clientes lleguen a las 11:30am)

Martes por las tardes de 5:00 - 7:00pm (Nuevos clientes lleguen a las 6:30pm)

Documentos necesarios:

Es necesario que para la visita traiga identificación con foto y fecha de nacimiento
(Todos los documentos tienen que ser entregados para la segunda visita)

- Tarjeta de identificación para cada adulto
- Acta de nacimiento para cada niño menor de 18 (o tarjeta de medi-cal)
- Comprobante de domicilio (factura de la luz, teléfono, cable o agua)
- Comprobante de ingresos
(Talón de cheque, estado de cuenta bancario, carta de beneficios públicos, SSI, etc.)

Servicios al cliente:

- Clases de inglés básico (ESL)
- Ayuda para solicitar Cal-Fresh / Medical
- Orientación profesional
- Programa de productos frescos (Food Bank of CC & Solano)
- Clases de computación
- Clases de ejercicio (Qigong, Tai Chi, Yoga)
- Despensa de comida
- Exámenes de salud
- Programa de PG&E
- Programa social para las personas mayores de 55 años
- Tutoría para estudiantes de la primaria y la preparatoria
- Agencias colaboradoras presentes
 - Servicio de Inmigración
 - Asistencia Legal
 - Distrito Escolar de Mt. Diablo
 - RotaCare Concord Clínica De Salud Móvil (para aquellos que no tengan seguro médico)

Revised: May 23, 2018

**SOLICITUD PARA QUE UN ALTERNO RECOJA LOS PRODUCTOS
PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA EN CASO DE EMERGENCIA (TEFAP)
GUÍA DE INGRESOS PARA EL 2018**

Fecha: _____

MÁXIMO DE INGRESOS PARA TEFAP

TAMAÑO DEL HOGAR	INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR	INGRESOS ANUALES DEL HOGAR
1	\$1,517.50	\$18,210
2	\$2,057.50	\$24,690
3	\$2,597.50	\$31,170
4	\$3,137.50	\$37,650
5	\$3,677.50	\$44,130
6	\$4,217.50	\$50,610
7	\$4,757.50	\$57,090
8	\$5,297.50	\$63,570
9	\$5,837.50	\$70,050
10	\$6,377.50	\$76,530
Más de 10	Añadir \$544 por cada uno	Añadir \$6,480 por cada uno

Autorización:

Por medio de la presente autorizo a, _____ para que recoja los productos del Programa de Asistencia Alimenticia en Caso de Emergencia (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 de TEFAP, o por los últimos doce meses no sobrepasan los límites anuales, y que el número de personas anotadas para el tamaño de mi hogar es verdadero y correcto. Los productos son para el uso personal de mi hogar y no son para vender, cambiar ni regalar.

Firma _____

Dirección _____

Código postal _____

Número de personas en el hogar _____

Esta institución es proveedora de oportunidades equitativas.

ALTERNATIVE PICK-UP REQUEST FORM**THE EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP) 2018 INCOME GUIDELINES**

Date: _____

TEFAP MAXIMUM INCOME		
HOUSEHOLD SIZE	MONTHLY HOUSEHOLD INCOME	ANNUAL HOUSEHOLD INCOME
1	\$1,517.50	\$18,210
2	\$2,057.50	\$24,690
3	\$2,597.50	\$31,170
4	\$3,137.50	\$37,650
5	\$3,677.50	\$44,130
6	\$4,217.50	\$50,610
7	\$4,757.50	\$57,090
8	\$5,297.50	\$63,570
9	\$5,837.50	\$70,050
10	\$6,377.50	\$76,530
Over 10	Add \$544 each	Add \$6,480 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 _____

Address _____

Zip Code _____

Number of people in household _____

This institution is an equal opportunity provider.