

**CENTRAL VIRGINIA FOODBANK
TEFAP FOOD DISTRIBUTION PROGRAM
SELF-DECLARATION OF INCOME FORM**

REVISED INCOME LEVEL EFFECTIVE JULY 1, 2003 – JUNE 30, 2004

AGENCY NAME _____ AGENCY # _____

WORKER'S NAME _____

APPLICANT'S NAME _____

MAILING ADDRESS _____

CITY/STATE/ZIP _____ TELEPHONE # _____

PRE-AUTHORIZED ALTERNATE NAME _____

✓ qualification(s)/if applicable, skip Total Household Income Below
↓↑

FOOD STAMPS ____ SSI ____ MEDICAID ____

CIRCLE BELOW
↓

↓ Number in Household: _____ Total Household Income \$ _____ per Annually/Monthly
Biweekly/Weekly

of Adults (18-54 years of age) _____

of Children (17 years and under) _____

of Elderly (55+ years of age) _____

I certify that I am the only person in the household at the above address who has applied for this assistance. I certify that the income of all the persons in my household is not more than the amount shown and the information I have provided is correct to the best of my knowledge. I understand that I may only receive TEFAP food once a month from one EFO organization.

Signature-Visit #1 _____ DATE _____

Signature-Visit #2 _____ DATE _____

Signature-Visit #3 _____ DATE _____

Signature-Visit #4 _____ DATE _____

Signature-Visit #5 _____ DATE _____

Signature-Visit #6 _____ DATE _____

**CENTRAL VIRGINIA FOODBANK
TEFAP FOOD DISTRIBUTION PROGRAM
SELF-DECLARATION OF INCOME FORM**

REVISED INCOME LEVEL EFFECTIVE JULY 1, 2003 – JUNE 30, 2004

AGENCY NAME _____ AGENCY # _____

WORKER'S NAME _____

APPLICANT'S NAME _____

MAILING ADDRESS _____

CITY/STATE/ZIP _____ TELEPHONE # _____

PRE-AUTHORIZED ALTERNATE NAME _____

✓ qualification(s)/if applicable, skip Total Household Income Below
↓↑

FOOD STAMPS ____ SSI ____ MEDICAID ____

CIRCLE BELOW
↓

↓ Number in Household: _____ Total Household Income \$ _____ per Annually/Monthly
Biweekly/Weekly

of Adults (18-54 years of age) _____

of Children (17 years and under) _____

of Elderly (55+ years of age) _____

Certificación del Solicitante

Deseo recibir cualquier ayuda a la cual me den derecho legalmente bajo este programa. Entiendo que las agencias implicadas en este programa pueden verificar la información que he proporcionado sobre ingresos. Declaro al mejor de mi conocimiento, que soy la única persona que vive en la casa en la dirección demostrada en esta forma, que ha solicitado esta ayuda. Certifico que los **ingresos de todas las personas en mi casa** no es más que la cantidad demostrada y que la otra información que he dado en esta forma esta correcta al mejor de mi conocimiento y creencia. **Entiendo que mi firma en estas formas da el permiso para que los trabajadores de la agencia del estado verifiquen documentos como necesarios para asegurar mi elegibilidad para el programa.** Entiendo que si doy información falsa o retengo la información para hacerme elegible para beneficios a que no tengo derecho, **puedo ser procesado para el fraude.** Además entiendo que **me dan derecho solamente a este alimento una vez al mes a partir de una agencia.**

Signature-Visit #1 _____ DATE _____

Signature-Visit #2 _____ DATE _____

Signature-Visit #3 _____ DATE _____

Signature-Visit #4 _____ DATE _____

Signature-Visit #5 _____ DATE _____

Signature-Visit #6 _____ DATE _____