

Formulario de elegibilidad del Programa de Asistencia Nutricional de Georgia (GNAP) 2023

Nuestra agencia es socia de **America's Second Harvest of Coastal Georgia**, que tiene un contrato con el Departamento de Servicios Humanos de Georgia (DHS) para recibir fondos utilizados para comprar alimentos para GNAP. Para apoyar este programa, estamos obligados a asegurarnos de que los participantes del programa cumplan con ciertos requisitos de elegibilidad y mantener un conteo preciso del número de personas atendidas. Por favor, tómese un momento para completar este cuestionario. Estamos obligados a completar este documento para recibir los fondos del DHS. La cumplimentación completa de este formulario no tendrá ningún efecto sobre los servicios prestados.

Información personal del solicitante

NOMBRE: _____

NÚMERO(S) DE TELÉFONO: _____
de casa de celular

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN TOTAL EN SU HOGAR? _____ ¿CUÁNTOS NIÑOS? _____

¿ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE (MARQUE CON UN CÍRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA):

SNAP/CUPONES DE ALIMENTOS MEDICAID SSI TANF NINGUNO DE ESTOS

VERIFICACIÓN DE INGRESOS: ESTA TABLA MUESTRA LOS INGRESOS ANUALES Y MENSUALES PARA CADA TAMAÑO DE FAMILIA. SI EL INGRESO DE SU HOGAR (EL HOGAR INCLUYE TODOS LOS INGRESOS DE LOS PADRES, TUTORES, CUIDADORES Y NIÑOS QUE VIVEN EN SU HOGAR) ES IGUAL O INFERIOR AL INGRESO INDICADO PARA EL NÚMERO DE PERSONAS EN SU HOGAR, ENTONCES USTED ES ELEGIBLE.

| <u>TAMAÑO DEL HOGAR</u> | <u>ANUALMENTE</u> | <u>MENSUAL</u> |
|-------------------------|-------------------|----------------|
| 2 | \$39.440 | \$3.287 |
| 3 | \$49.720 | \$4.143 |
| 4 | \$60,000 | \$5.000 |
| 5 | \$70.280 | \$5.857 |
| 6 | \$80.560 | \$6.713 |
| 7 | \$90.840 | \$7.570 |
| 8 | \$101.120 | \$8.427 |

Para unidades familiares mayores de 8, agregue la cantidad que se muestra para cada miembro adicional:
Año: \$10,280; Mes \$867.

SEGÚN EL TAMAÑO DE MI HOGAR Y LA TABLA ANTERIOR, SOY ELEGIBLE (CÍRCULO UNO): SÍ NO

SI ES DIFERENTE DE LO ANTERIOR, NOMBRE E INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO PARA EL SOLICITANTE:

nombre

teléfono

dirección de correo electrónico