



THE EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM - PROXY STATEMENT

Receipt of Pantry Commodities State Fiscal Year 2024 INCOME ELIGIBILITY BASED ON 300% OF THE FEDERAL POVERTY GUIDELINE

This proxy is for the individual who has disabling conditions which make pick-up of pantry commodities by the recipient impossible. It may also be used to serve those whose work hours conflict with those of scheduled distribution of USDA commodities.

Name of Recipient: _____ Date: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Household Size: [] Number of children in household 18 [] SNAP Recipient? (Supplemental Nutrition Assistance Program) [] Yes [] No

Please check only one box.

Table with 11 columns: Household Size (1-10) and Monthly Income (\$3,645 to \$15,210). Includes note: For households with more than 10 persons, add \$1,285 for each additional person up to 300% FPL.

Proxy: _____

Name of Pantry: Marie Wilkinson Food Pantry

Address of Pantry: 834 North Highland Avenue

City: Aurora State: IL Zip Code: 60506

CERTIFY WITH MY SIGNATURE THAT: My household monthly gross income does not exceed DHS established limits; the information I have provided above is accurate and true; I will use food received for household consumption only; and I release USDA, the State of Illinois and any agency or person distributing food from all liabilities resulting from receipt of food.

Signature of Recipient

Date

Distribution Date

Signature of Proxy

Date

Signature of Pantry Personnel

Date

This Institution is an Equal Opportunity Provider

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by: 1. mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or 2. fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or 3. email: Program.Intake@usda.gov This institution is an equal opportunity provider.



El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia - DECLARACIÓN DEL PODERHABIENTE

Recibo para Alimentos de Despensas Año Fiscal 2024 - ELEGIBILIDAD POR INGRESOS BASADO EN EL 300% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA

Este poder es para el individuo que tiene una condición de discapacidad que le impide recoger alimentos de una despensa. También, puede ser usado por aquellos que sus horarios de trabajo interfieren con el horario de distribución de alimentos del USDA.

Nombre del Beneficiario: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Tamaño del Hogar: _____ Número de niños de 18 años o menores en el hogar: _____ Recipiente de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Complementaria) Sí No
(Por favor, marque sólo una caja)

INGRESO BRUTO MENSUAL MÁXIMO DEL DHS PARA OBTENER ALIMENTOS DEL USDA PARA EL AÑO FISCAL 2023 (1 DE JULIO DE 2023 HASTA 30 DE JUNIO DE 2024)

Tamaño del Hogar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingreso Mensual	\$3,645	\$4,930	\$6,215	\$7,500	\$8,785	\$10,070	\$11,355	\$12,640	\$13,925	\$15,210

Para hogares con más de 10 personas, agregue \$1,285 por cada persona adicional hasta el 300% de FPL.

Poderhabiente / Apoderado: _____

Persona Designada a Recojer Alimentos

Marie Wilkinson Food Pantry

Nombre de la Despensa: _____

834 North Highland Avenue

Dirección de la Despensa: _____

Ciudad: Aurora Estado: IL Zona Postal: 60506

YO CERTIFICO CON MI FIRMA QUE: El ingreso bruto de mi hogar no excede el límite establecido por DHS; la información que he dado es correcta y verdadera; yo usaré los alimentos recibidos sólo para el consumo de mi hogar; y exonero al USDA, al Estado de Illinois y a cualquier agencia o persona que distribuya los alimentos, de cualquier responsabilidad que resulte al recibir alimentos.

Firma del Beneficiario Fecha Fecha de Distribución

Firma del Poderhabiente o Apoderado Fecha

Firma del Personal de la Despensa Fecha

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.