



EMERGENCY FOOD PROGRAM PROXY STATEMENT Receipt of Pantry Commodities State Fiscal Year 2016
INCOME ELIGIBILITY BASED ON 185% 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.

Please Print

Name of Recipient: _____

Address: _____

City: _____ State: ____ Zip Code: _____

REQUIRED FOR RECEIPT OF TANF FOOD	
Household Size: _____	Number of children 18 years or younger in household _____

Proxy: _____
Designated Delivery Person

Name of Pantry: _____

Address of Pantry: _____

City: _____ State: ____ Zip Code: _____

Do you currently receive SNAP (formerly known as Food Stamps)? Yes No

Please check only one box.

Willful diversion of USDA commodities for personal gain is a state and federal offense subject to a fine of up to \$25,000 and/or imprisonment of up to 5 years.

I 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

Signature of Proxy

DHS MAXIMUM MONTHLY GROSS INCOME FOR RECEIPT OF COMMODITIES INCOME GUIDELINES FOR SFY 2016 (JULY 1, 2015 THROUGH JUNE 30, 2016)			
Household Size	Monthly Income	Household Size	Monthly Income
1	\$1,815	5	\$4,380
2	\$2,456	6	\$5,021
3	\$3,097	7	\$5,663
4	\$3,739	8	\$6,304
For households with more than 8 persons, add \$641 for each additional person			

Signature of Pantry Personnel

This Institution is an Equal Opportunity Provider



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.

Por Favor Escriba con Letra de Molde

Nombre del Beneficiario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____

SE REQUIERE PARA RECIBIR ALIMENTOS TANF

Tamaño del Hogar: _____

Número de niños de 18 años o menores en el hogar	_____
--	-------

Poderhabiente / Apoderado: _____

Persona Designada a Recojer Alimentos

Nombre de la Despensa: _____

Dirección de la Despensa: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____

¿Actualmente, recibe usted beneficios SNAP (antes Estampillas de Comida)?

 Sí
 No

Por favor marque uno

El uso intencional de alimentos del USDA para ganancia personal es una ofensa federal y estatal sujeta a multas hasta por \$25,000 y / o prisión hasta por 5 años.

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 exoneró al USDA, al Estado de Illinois y a cualquier agencia o persona que distribuya los alimentos, de cualquier responsabilidad que resulte al recibir alimentos,

**INGRESO BRUTO MENSUAL MÁXIMO DEL DHS PARA OBTENER ALIMENTOS
NIVEL DE INGRESOS PARA EL AÑO FISCAL 2016
(1 DE JULIO 2015 HASTA 30 DE JUNIO 2016)**

Tamaño del Hogar	Ingreso Mensual	Tamaño del Hogar	Ingreso Mensual
1	\$1,815	5	\$4,380
2	\$2,456	6	\$5,021
3	\$3,097	7	\$5,663
4	\$3,739	8	\$6,304

Si hay más de 8 miembros en el hogar, para cada miembro adicional, añade \$641.

Firma del Beneficiario

Fecha

Firma del Poderhabiente o Apoderado

Firma del Personal de la Despensa

Esta Institución Es Un Proveedor Que Ofrece Igualdad En Las Oportunidades