



832-767-1677 (phone) • 832-767-1208 (fax) • www.targethunger.org

Reference: 2022 New Client Intake and Recertification Opportunity

For participants (60+) and Disable

Please fill out the application and mail, email, or fax it back to Target Hunger at 1260 Shotwell, Houston Texas 77020 attention Barbara Hall, along with the information required below immediately. If you are only sending your information to recertify, use the same instructions to send information.

All applicants will need the following information:

- Photo I.D. for ALL ADULTS
- **2022** Award letter or check stubs, (past 30 days) for all adults in your household
- Proof of address: utility bill dated in the past 30 days or lease
- Birth record for all children (0-17 years) in your household, under your care
- If the non-senior adults are not employed or not enrolled in school, we will need the following
 - Registration from The Work Source
 - 18 years and over in school we will need class schedule or letter of enrollment for current semester

WE WILL NOT MAKE COPIES SO PLEASE MAKE SURE ALL OF YOUR INFORMATION ARE COPIES, your file will be active for one (1) year.

- All clients **MUST REGISTER Yearly**. Those who are recertifying, if you are unsure when your application expires, please call Target Hunger, someone will gladly assist you in finding out your recertification date.

Please note:

- All applicants **must be** 60 Yrs. of age or older or currently receiving disability.
- Those who are registered with Target Hunger at the present time, if you do not recertify your distribution privileges will be suspended.

If you have any questions, please call Barbara Hall at 346-335-8070 X104.

Sincerely,
Barbara Hall, Community Health Worker
Senior Special Services Coordinator
Foodservices@targethunger.org
Contact: 346-335-8070 X104

Household Application for USDA Foods / Solicitud doméstica de los alimentos del USDA

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) / El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

Sites may request but must not require proof of information. / Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información.

Section 1 — Household Information

Sección 1 — Información de hogar

Name of household member/Nombre del miembro de la unidad familiar	Number of household members/ Número de miembros del hogar
Address (if available)/Dirección (si disponible)	
Name of proxy/Nombre de apoderado	

Section 2 — Categorical Eligibility

Sección 2 — Elegibilidad Categórica

<input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)/Programa de ayuda suplemental de la nutrición
<input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF)/Asistencia temporal para familias necesitadas
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)/Seguridad de ingreso suplementario
<input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)/Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido)
<input type="checkbox"/> Medicaid/Medicaid

Section 3 — Income Eligibility

Sección 3 — Elegibilidad de Ingresos

Total gross income \$ _____	Ingreso bruto total \$ _____
_____ per year _____ per month _____ per week	_____ por año _____ por mes _____ por semana

Section 4 — Household Crisis Eligibility

Sección 4 — Elegibilidad de Crisis del Hogar

If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here./Si el hogar es elegible para las necesidades alimentarias del hogar en caso de crisis, documenta el motivo de la crisis aquí.

Section 5 — Certification

Sección 5 — Certificación

<p>By signing below, I certify that:</p> <p>(1) I am a member of the household living at the address provided in Section 1 and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;</p> <p>(2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and</p> <p>(3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.</p>	<p>Al firmar a continuación, certifico que:</p> <p>(1) soy miembro del hogar que vive en la dirección que se da en la Sección 1, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;</p> <p>(2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y</p> <p>(3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.</p>
Signature of household member / Firma del miembro del hogar	Date/Fecha

USDA Nondiscrimination Statement	Declaración de no discriminación del USDA
----------------------------------	---

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sections 6 & 7 must be completed by the CE or the site staff:

Section 6 — Eligibility or Ineligibility

Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad

<p><input type="checkbox"/> Household is eligible. Length of certification:</p> <p>Beginning (month/year): _____</p> <p>Ending (month/year): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> El Hogar es elegible. Duración de la certificación:</p> <p>Inicio (mes/año): _____</p> <p>Final (mes/año): _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4).</p> <p>Length of certification: Beginning (month/year): _____</p> <p>Ending (month/year): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> El hogar no es elegible basado en las secciones 2 y 3, pero califica para TEFAP basado en la elegibilidad de crisis del hogar (Sección 4).</p> <p>Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____</p> <p>Final (mes/año): _____</p>

Section 7 — Signature and date of CE or site staff

Sección 7— Firma y fecha del CE o del sitio personal

<p>Signature/Firma _____</p>	<p>Date/Fecha _____</p>
------------------------------	-------------------------

FOOD ASSISTANCE INTAKE SHEET

REGISTRO DE DATOS PARA ASISTENCIA ALIMENTARIA



Scan QR code with your phone to fill this form online!

¡Escanee el código QR con tu celular para llenar la solicitud en línea!

Address _____
Dirección de domicilio

Apt. # _____ City & Zip Code _____
Numero de apartamento Ciudad y código postal

E-Mail _____
Correo electrónico

Cell Phone _____ Home Phone _____
Telefono celular Telefono de domicilio

HOUSING STATUS Own Rent **OR** Boarding House Homeless Living w/Family Living w/Friend
ESTADO DE DOMICILIO Dueño/a Renta Casa de huéspedes Sin hogar Con familia Con amigos

HOW DID YOU HEAR ABOUT US? 211 Friend/Neighbor Website/Social Media School Clinic Church Other
¿COMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS? Amigo/Vecino Sitio web/ redes sociales Escuela Clínica Iglesia Otra

HOUSEHOLD MEMBERS MIEMBROS DEL HOGAR

Please complete for **EVERY** member in your household.
Por favor de **completar para CADA** persona en su domicilio.

PERSON #1 – YOURSELF – Full Name <i>Persona #1 – USTED – Nombre completa</i>	Gender <i>Genero</i>	Birthdate and Year <i>Fecha de nacimiento con año</i>	Relationship to Head of Household <i>Relación a usted</i>
SELF – Enter your information below USTED – Ingrese su información abajo			
RACE <i>RAZA</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <i>Hispano/a o Latino/a</i>	<input type="checkbox"/> African-American <i>Africano/a</i>	<input type="checkbox"/> White <i>Caucasio/a</i>
	<input type="checkbox"/> Asian <i>Asiatico/a</i>	<input type="checkbox"/> Biracial <i>Birracial</i>	<input type="checkbox"/> Other <i>Otro/a</i>
	<input type="checkbox"/> Decline to Share <i>Negarse a compartir</i>		
MARITAL STATUS <i>ESTADO CIVIL</i>	<input type="checkbox"/> Single <i>Soltero/a</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Casado/a</i>	<input type="checkbox"/> Separated <i>Separado/a</i>
	<input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciado/a</i>	<input type="checkbox"/> Widowed <i>Viudo/a</i>	<input type="checkbox"/> Living with Partner <i>Viviendo con pareja</i>
EDUCATION <i>EDUCACIÓN</i>	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> HS Diploma <i>Diploma escolar</i>	<input type="checkbox"/> Some College <i>Poco de colegio</i>
	<input type="checkbox"/> Degree <i>Licenciatura</i>	<input type="checkbox"/> Currently in School <i>En escuela</i>	<input type="checkbox"/> Vocational Training <i>Entrenamiento vocacional</i>
OTHER/OTRA	<input type="checkbox"/> Employed <i>Empleado/a</i>	<input type="checkbox"/> Unemployed <i>Sin trabajo</i>	<input type="checkbox"/> Retired <i>Retirado/a</i>
	<input type="checkbox"/> Veteran <i>Veterano/a</i>	<input type="checkbox"/> Disabled <i>Deshabilitado/a</i>	
PERSON #2 – Full Name <i>Persona #2 – Nombre completa</i>	Gender <i>Genero</i>	Birthdate and Year <i>Fecha de nacimiento con año</i>	Relationship to Head of Household <i>Relación a usted</i>
SELF – Enter your information below USTED – Ingrese su información abajo			
RACE <i>RAZA</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <i>Hispano/a o Latino/a</i>	<input type="checkbox"/> African-American <i>Africano/a</i>	<input type="checkbox"/> White <i>Caucasio/a</i>
	<input type="checkbox"/> Asian <i>Asiatico/a</i>	<input type="checkbox"/> Biracial <i>Birracial</i>	<input type="checkbox"/> Other <i>Otro/a</i>
	<input type="checkbox"/> Decline to Share <i>Negarse a compartir</i>		
MARITAL STATUS <i>ESTADO CIVIL</i>	<input type="checkbox"/> Single <i>Soltero/a</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Casado/a</i>	<input type="checkbox"/> Separated <i>Separado/a</i>
	<input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciado/a</i>	<input type="checkbox"/> Widowed <i>Viudo/a</i>	<input type="checkbox"/> Living with Partner <i>Viviendo con pareja</i>
EDUCATION <i>EDUCACIÓN</i>	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> HS Diploma <i>Diploma escolar</i>	<input type="checkbox"/> Some College <i>Poco de colegio</i>
	<input type="checkbox"/> Degree <i>Licenciatura</i>	<input type="checkbox"/> Currently in School <i>En escuela</i>	<input type="checkbox"/> Vocational Training <i>Entrenamiento vocacional</i>
OTHER/OTRA	<input type="checkbox"/> Employed <i>Empleado/a</i>	<input type="checkbox"/> Unemployed <i>Sin trabajo</i>	<input type="checkbox"/> Retired <i>Retirado/a</i>
	<input type="checkbox"/> Veteran <i>Veterano/a</i>	<input type="checkbox"/> Disabled <i>Deshabilitado/a</i>	



Target Hunger • 1260 Shotwell St. Houston, TX 77020 • 832-767-1677
info@targethunger.org • www.targethunger.org



PERSON #3 - Full Name <i>Persona #3 - Nombre completo</i>	Gender <i>Genero</i>	Birthdate and Year <i>Fecha de nacimiento con año</i>	Relationship to Head of Household <i>Relación a usted</i>				
RACE <i>RAZA</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <i>Hispano/a o Latino/a</i>	<input type="checkbox"/> African-American <i>Africano/a</i>	<input type="checkbox"/> White <i>Caucasio/a</i>	<input type="checkbox"/> Asian <i>Asiatico/a</i>	<input type="checkbox"/> Biracial <i>Birracial</i>	<input type="checkbox"/> Other <i>Otro/a</i>	<input type="checkbox"/> Decline to Share <i>Negarse a compartir</i>
MARITAL STATUS <i>ESTADO CIVIL</i>	<input type="checkbox"/> Single <i>Soltero/a</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Casado/a</i>	<input type="checkbox"/> Separated <i>Separado/a</i>	<input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciado/a</i>	<input type="checkbox"/> Widowed <i>Viuda/a</i>	<input type="checkbox"/> Living with Partner <i>Viviendo con pareja</i>	
EDUCATION <i>EDUCACIÓN</i>	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> HS Diploma <i>Diploma escolar</i>	<input type="checkbox"/> Some College <i>Poco de colegio</i>	<input type="checkbox"/> Degree <i>Licenciatura</i>	<input type="checkbox"/> Currently in School <i>En escuela</i>	<input type="checkbox"/> Vocational Training <i>Entrenamiento vocacional</i>	
OTHER/OTRA	<input type="checkbox"/> Employed <i>Empleado/a</i>		<input type="checkbox"/> Unemployed <i>Sin trabajo</i>	<input type="checkbox"/> Retired <i>Retirado/a</i>	<input type="checkbox"/> Veteran <i>Veterano/a</i>	<input type="checkbox"/> Disabled <i>Deshabilitado/a</i>	

PERSON #4 - Full Name <i>Persona #4 - Nombre completo</i>	Gender <i>Genero</i>	Birthdate and Year <i>Fecha de nacimiento con año</i>	Relationship to Head of Household <i>Relación a usted</i>				
RACE <i>RAZA</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <i>Hispano/a o Latino/a</i>	<input type="checkbox"/> African-American <i>Africano/a</i>	<input type="checkbox"/> White <i>Caucasio/a</i>	<input type="checkbox"/> Asian <i>Asiatico/a</i>	<input type="checkbox"/> Biracial <i>Birracial</i>	<input type="checkbox"/> Other <i>Otro/a</i>	<input type="checkbox"/> Decline to Share <i>Negarse a compartir</i>
MARITAL STATUS <i>ESTADO CIVIL</i>	<input type="checkbox"/> Single <i>Soltero/a</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Casado/a</i>	<input type="checkbox"/> Separated <i>Separado/a</i>	<input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciado/a</i>	<input type="checkbox"/> Widowed <i>Viuda/a</i>	<input type="checkbox"/> Living with Partner <i>Viviendo con pareja</i>	
EDUCATION <i>EDUCACIÓN</i>	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> HS Diploma <i>Diploma escolar</i>	<input type="checkbox"/> Some College <i>Poco de colegio</i>	<input type="checkbox"/> Degree <i>Licenciatura</i>	<input type="checkbox"/> Currently in School <i>En escuela</i>	<input type="checkbox"/> Vocational Training <i>Entrenamiento vocacional</i>	
OTHER/OTRA	<input type="checkbox"/> Employed <i>Empleado/a</i>		<input type="checkbox"/> Unemployed <i>Sin trabajo</i>	<input type="checkbox"/> Retired <i>Retirado/a</i>	<input type="checkbox"/> Veteran <i>Veterano/a</i>	<input type="checkbox"/> Disabled <i>Deshabilitado/a</i>	

INCOME ASSESSMENT Please check off the income/s your **HOUSEHOLD** receives and enter the **MONTHLY** amount.
EVALUACIÓN DE INGRESOS Por favor escribe cuanto recibas tu **DOMICILIO TOTAL** MENSUALMENTE en cada categoría.

Eamed Income _____ Unemployment _____ Supplemental Security Income (SSI) _____ Child Support _____
Ingresos ganados Desempleo Ingreso de seguridad suplementario Manutención de niños

Retirement (Social Security) _____ Disability (Social Security) _____ Veteran's Pension _____ Other Pension _____
Retiro (del número social) Deshabilitad (del número social) Pensión de veteranos Otro pensión

Other Income _____ No Income (Please list who supports you) _____
Otro ingreso Sin ingreso (por favor explica quién te ayuda)

GOVERNMENT ASSISTANCE Please mark all federal/state programs you currently receive.
ASISTENCIA DEL GOBIERNO Por favor marque los programas federales/del estado que estas recibiendo.

Medicaid Medicare Harris Health System (Gold Card) Veteran's Admin Medical Services WIC
Medicaid Medicare Sistema del condado Harris (tarjeta dorada) Servicios medica de la administración de veteranos Programa WIC

Children's Health Insurance Plan (CHIP) SNAP (Food Stamps) Other Program/s: _____
Seguranza de niños CHIP Programa SNAP (Estampillas) Otro programa/s

X _____
 Applicant Signature
Firma del aplicante

 Date
Fecha

****FOR OFFICE USE ONLY**** Application Date: _____ Type: Enrollment Recertification Other: _____

Intake/Assessment By: _____ Date: _____ Data Entry By: _____ Date: _____

Assigned Pantry Site: Denver Harbor Kashmere Northeast St. Peter Claver Other: _____



Certification Of Financial Hardship due to COVID-19
Certificación de dificultades financieras debido al COVID-19

Full Name: Nombre Completo:	
Address: Dirección:	

I certify that one or more people within my household has qualified for unemployment benefits or experienced a reduction in household income, incurred significant costs, or experienced other financial hardship during or due, directly or indirectly, to the COVID-19 pandemic.

Certifico que una o más personas dentro de mi hogar calificaron para beneficios de desempleo o experimentaron una reducción en los ingresos del hogar, incurrieron en costos significativos o experimentaron otras dificultades financieras durante o debido, directa o indirectamente, a la pandemia de COVID-19.

Signature of a Household Member
Firma de un miembro del hogar

Date
Fecha