



Proxy Consent Form

Please Complete (TEFAP) Emergency Food Assistance Program Beneficiary Information Below

Beneficiary Name _____

Address _____

City and Zip Code _____

Phone Number _____

I hereby designate: _____ (Name of Proxy)

First

Last

To serve as my proxy to sign required documents, and pick-up my food benefits from the following agency:

Name of Agency

City

I understand that I take full responsibility for the actions of my proxy. I will inform him, her or them of the proper procedures when acting on my behalf. My signature declares my continued eligibility for food benefits.

Beneficiary Signature

Date

Proxy Signature

Date

Agency Use Only - Approved By:		
Print Name	Signature	Date

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, (including gender identity and sexual orientation), 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/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, 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. Send your completed form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights; 1400 Independence Avenue, SW; Washington, D.C. 20250-9410. By fax: (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov.



Formulario Formulario para consentimiento de apoderado

Por favor llene la información a continuación del Beneficiario para el Programa de Asistencia para Emergencias (TEFAP por sus siglas en ingles)

Nombre del Beneficiario _____

Dirección _____

Ciudad y Código Postal _____

Número de teléfono _____

Por la presente nombro a _____ (Nombre de Apoderado)

Primer Nombre

Apellido

Como mi apoderado para firmar los documentos necesarios, y recoger mis beneficios alimenticios de la siguiente agencia:

Nombre de Agencia _____

Ciudad _____

Entiendo que asumo la responsabilidad total por las acciones de mi apoderado. Le informaré de los procedimientos apropiados cuando actúe en representación mía Mi firma confirma mi elegibilidad continúa para beneficios alimenticios.

Firma de Beneficiario _____

Fecha _____

Firma de Apoderado _____

Fecha _____

Agency Use Only - Approved By:

Print Name

Signature

Date

En conformidad con la ley Federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, incluyendo la identificación de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias o retaliación por actividades previas en derechos civiles, para cualquier programa o actividad realizada o financiada por el US DA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para la información del programa (p. ej. Braille, macrotipo, reproducciones en audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la agencia (del Estado o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que sean sordas, tengan problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información sobre el programa se puede hacer disponible en idiomas que no sean inglés. Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) disponible en línea en:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA o escriba una carta a USDA y provea en la carta toda la información que se pide en el formulario. Envíe el formulario lleno o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 202509410; P or fax: (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.