



Galveston County FOOD BANK

houston**foodbank**
Partner

624 4th Ave N
Texas City, TX. 77590
409.945.4232
409.945.2563 fax

www.galvestoncountyfoodbank.org

Greetings from the Galveston County Food Bank!

Board of Directors

Kyle McFatrige, Chair
HomeTown Bank

Peter Williamson, Vice Chair
Del Papa Distributing Co.

Rick Wade, Treasurer
Leopold & Strahan Realty Group

Mark Kellner, Secretary
Texas Yamaha, Inc.

Armin Cantini, Immediate Past Chair
Retired- Business

Andrew Fulton
Huron Consulting Group

Bobby J. Galvan
Woodforest National Bank

Tyler Garrett
Texas First Bank

Thomas C Herring, III
Kroger

Tresa Higbee
AmeriPro Bookeeping

Amy Beth Mannie
Ray Tax Group

Lee Skipper
Raymond James Financial Services

Thank you for contacting the Galveston County Food Bank regarding our Homebound Nutritional Outreach Program. Your health and nutrition are incredibly important, and we want to make sure you have a way to receive nutritional and sustainable food to supplement your needs. The Galveston County Food Bank aids adults who are disabled or 60 years of age or older who lack access to other food sources and meet federal income eligibility guidelines.

The Homebound Nutritional Outreach Programs provides a monthly box of non-perishable groceries. Services may be provided on either a short-term or long-term basis, depending on the nature of the illness or disability. Each box consists of a variety of USDA and locally donated foods. Program volunteers deliver food boxes to recipients residing within Galveston County.

Please review and sign the application we have provided to you to enroll in the program. Forms can be mailed, emailed or faxed (409-945-2563) to our Program Supervisor, Kelly Cruz.

If you have any further questions, please contact Kelly Cruz by phone at 409-945-4232 or by email at Kelly@galvestoncountyfoodbank.org.

We welcome the opportunity to serve you through our Homebound Nutritional Outreach Program.

Kelly Cruz
Programs Director



"Leading-the-fight-to-end-hunger-in-Galveston-County"



*Galveston County Food Bank:
Homebound Nutritional Outreach Program:
APPLICATION INSTRUCTIONS*

1. Please review the guidelines for the program:
 - a. Applicants must be 60 Years of Age or Older (or) Disabled
 - b. Confined to their Home
 - c. Meet TEFAP Income Eligibility Guidelines
 - d. Live in Galveston County

2. Fill out and sign the attached application.

3. Please provide the following for proof of residency:
 - a. Current Lease or Utility Bill (water, gas, electric)

OR

 - b. Other proof dated in last 90 days (SSI, Disability, paystub, etc...)

4. If you are under 60 years old, please provide one of the following proofs of disability:
 1. SSDI statement
 2. Retirement benefit statement
 3. Note from doctor

5. Please return signed forms:

By Mail

Galveston County Food Bank

Attn: Kelly Cruz

624 4th Ave North

Texas City, TX 77590

Email to:

Kelly@galvestoncountyfoodbank.org

Fax to:

Attn: Kelly Cruz

409-945-2563

**The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)
Income Eligibility Guidelines
July 1, 2023 – June 30, 2024**

Based on 185% of Federal Poverty Guidelines					
Household Size	Annual Income	Monthly Income	Twice-Monthly Income	Bi-Weekly Income	Weekly Income
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
For each additional household member, add:	+\$9,509	+\$793	+\$397	+\$366	+\$183

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.

Additional information* / Información Adicional:

What is your ethnicity? / Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> African American / Africano-Americano <input type="checkbox"/> Asian / Asiático <input type="checkbox"/> Caucasian / Anglo-Sajón <input type="checkbox"/> Hispanic / Hispano <input type="checkbox"/> Other/ Otro	How many people live in your house in the following age categories: (please write the number in the box) Cuántas personas en su hogar son de las siguientes edades (favor de poner el número en cada caja) <input type="checkbox"/> Infant-17 / 0-17 años <input type="checkbox"/> 18-59 years / 18-64 años <input type="checkbox"/> 60 and over / 64 y mayor
--	---

Client Signature/ Firma del cliente _____	Date/Fecha _____
--	-------------------------

Section 5 — Certification

Sección 5 — Certificación

I certify that:

(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;
(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
(3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Certifico que:

(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;
(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
(3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.

USDA Nondiscrimination Statement

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, audiotope, 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: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, 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.

Declaración de No Discriminación del USDA

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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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 a 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; or

(2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

The Charity Tracker Assistance Network, hereinafter referred to as "Charity Tracker", is a shared computerized record keeping system that captures information about people experiencing need for emergency services, including but not limited to assistance with utility bills, medication, rent/mortgage payments, etc. Mainland Communities Services (Adminstrating Agency) administers Charity Tracker on behalf of participating agencies of the Charity Tracker Assistance Network

*This information is optional. Esta información es opcional.

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

Section 6 — Eligibility or Ineligibility

Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad

Household is eligible. Length of certification: Beginning (month/year): Ending (month/year):
Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4). Length of certification: Beginning (month/year): Ending (month/year):

El Hogar es elegible. Duración de la certificación: Inicio (mes/año): Final (mes/año):
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). Duración de la certificación: Inicio (mes/año): Final (mes/año):

Section 7 — Signature and date of CE or site staff

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

Staff Signature/ Firma del personal Date/Fecha



Consent for Services Form

Date: _____ Name: _____
(Last) (First)

Please circle one: I am or am not currently enrolled in other programs sponsored by the Galveston County Food Bank or its participating agencies.

Guidelines for Homebound Program

Applicants must be 60 or older or disabled and have health problems that confines them to their homes or lack adequate transportation and meet income eligibility guidelines.

*Disclaimer
(Negacion de Responsabilidad)*

I understand that the items I have received may have been donated to Galveston County Food Bank (GCFB) for distribution.
(Yo, letras de molde) entiendo que los articulos que he recibido pueden ser donaciones distribuidas por GCFB.)

I accept full responsibility for the items I have received. However, these items are not to be sold or redistributed to anyone other than members of my household.
(Acepto la responsabilidad por los articulos que he recibido. Sin embargo, estos articulos no pueden ser vendidos o distribuidos a otras personas, menos que los miembros de mi hogar.)

I am below the TEFAP (Texas Emergency Food Assistance Program) income guidelines.
(TEFAP (Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia de Texas) requisitos de ingresos)

In addition, I understand anyone violating the conditions of this program will become ineligible for additional services.
(Ademas, entiendo que la violacion de estas condiciones resulta en la descalificacion de la persona para continuar recibiendo los servicios.)

Consent for Services (Acuerdo para recibir servicios)

I desire services from Galveston County Food Bank. My consent for referral for other services requiring the information contained within this application is also given.

Yo deseo los servicios de Galveston County Food Bank sus miembros asociados, o Houston Food Bank. Tambien doy mi permiso para que la informacion en esta aplicacion se use para referencia a otros servicios)

The services for which I am eligible have been fully explained to me. I understand that my personal information and records associated with these and/or other services are subject to release to other agencies not mentioned above, only after I have been informed, and by my written consent.

(Los servicios que yo soy calificado para recibir se me han explicado. Entiendo que mis datos asociados con estos servicios seran compartidos con otras agencias no mencionadas anteriormente, solamente si primero me informan y doy mi permiso por escrito.)

I have been given the opportunity to ask questions about the services that will be provided to me. I understand that additional consent will be required if services change or if new eligibility requirements must be met. I understand that a renewal application is needed once per year.

(Me han permitido hacer preguntas sobre los servicios que voy a recibir. Entiendo que otro convenio sera necesario si los servicios cambian o si los requisitos para estos servicios cambian. Entiendo que se necesita una solicitud de renovaci3n una vez al a3o.)

Clients Signature (Firma)

Date (Fecha)

Distribution Coordinator Name: _____ Signature _____

Emergency Contact

Contact Name _____	Relationship: _____
Phone _____ Email _____	Work _____ Other _____
Contact Name _____	Relationship: _____
Phone _____ Email _____	Work _____ Other _____
Contact Name _____	Relationship: _____
Phone _____ Email _____	Work _____ Other _____

Homebound Program Nutritional Assessment



Name: _____

General Health Questions

Have you been diagnosed with cardiovascular disease? Yes No

Have you been diagnosed with Diabetes? Yes No

Have you been diagnosed with Chronic Kidney Failure? Yes No

Have you been diagnosed with Gut condition: Yes No Circle if listed

(Celiac Disease / IBS or IBD / Crohn's / Diverticulitis)

Other

Do you have pets? Yes No

If yes, what type / number? _____

Are you a veteran? Yes No

How did you hear about this program? _____

Homebound Program Evaluación Nutricional



Nombre: _____

Salud General

Tienes un diagnostico de la enfermedad Cardiovascular? Si No

Tienes un diagnostico de Diabetes? Si No

Tienes un diagnostico de Insuficiencia renal crónica? Si No

Tienes un diagnostico de una afección intestinal? Si No Círculo si aparece en la lista

(Enfermedad celíaca / IBS o IBD / Crohn / Diverticulitis)

Otras

Tienes mascotas? Si No

Si, que tipo y cuantos? _____

Eres un veterano? Si No

Cómo se enteró de este programa? _____

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)

Participant Agreement, Rights, Obligations, and Fair Hearing Request

1. I will not be denied USDA Foods if I am determined eligible.
2. I certify that the information I have provided for eligibility determination is correct to the best of my knowledge.
3. I may appeal any decision made by the food bank or distribution site regarding my eligibility determination for this program. I can inform the distribution site or food bank that I want to appeal.
4. I understand that if I choose to send an alternate person (a proxy) to pick up my food, that person must be listed as an alternate on my Household Application for USDA Foods.
5. I understand that the food provided by this program is intended for the members of the eligible household.
6. I understand that I must not sell or exchange USDA Foods for nonfood items.
7. I consent to the release of information to TEFAP staff, which includes officials of United States Department of Agriculture, Texas Department of Agriculture, and the food bank.
8. Program staff have advised me of my rights and obligations under this program.
9. I understand that the standards for participation in this program are the same for everyone regardless of race, color, national origin, age, sex, or disability.
10. I have read this form, or the form has been read to me.
11. The distribution site maintains the right to involve local law enforcement to ensure orderly distribution.

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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.

El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP, por sus siglas en inglés)

Acuerdo, derechos, obligaciones y solicitud de audiencia imparcial del participante

1. No negarán los alimentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) si soy elegible.
2. Certifico que, a mi buen saber y entender, la información que he proporcionado para la determinación de elegibilidad es correcta.
3. Podré apelar cualquier decisión tomada por la entidad contratante (banco de alimentos) o el sitio de distribución en lo que respecta a mi elegibilidad para el programa. Puedo decir al sitio de distribución o banco de alimentos quiero apelar.
4. Entiendo que si decido enviar a otra persona (un apoderado) a recoger mis alimentos, dicha persona deberá figurar como representante en mi solicitud de hogar para recibir alimentos del USDA.
5. Comprendo que los alimentos provistos por el programa están destinados a los miembros de los hogares que cumplen con los requisitos.
6. Entiendo que no debo vender ni intercambiar los alimentos del USDA por artículos no alimenticios.
7. Presto mi consentimiento para que se divulgue información al personal del Programa TEFAP, que incluye funcionarios del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, del Departamento de Agricultura de Texas y del banco de alimentos.
8. El personal del programa me ha hecho saber cuáles son mis derechos y obligaciones en virtud del programa.
9. Comprendo que las normas de participación del programa son las mismas para todos, independientemente de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, el sexo o las discapacidades.
10. He leído o me han leído el presente formulario.
11. El sitio de distribución mantiene el derecho de involucrar a las autoridades locales para asegurar una distribución ordenada.

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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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.