

EMERGENCY FOOD REGISTRATION FORM - 2026

Intake Information

Clients must be residents of the State of New Jersey

Revision date 1-21-2025

Must be completed by every client that will receive food, once a year.

Date _____ LDA _____ EFO _____ SRFDC _____

Name _____ Birthdate _____

Town & Zip Code _____

Phone _____ Email _____

Number of Adults in household _____ Number of children under 18 in household _____

QUALIFYING REASON (PLEASE CIRCLE ONE)

A participant in one or more local state or federal programs at or below the income threshold established by the state agency for TEFAP eligibility will automatically qualify for TEFAP USDA Foods.

1. **SELF DECLARATION - LOW INCOME (185% of poverty) – See income scale below**
2. **Existing Local, State or Federal Program participant (example – WIC)**
3. **DISASTER (Other – can be divorce, domestic violence, unusual expense, loss of employment, etc.)**

Please explain: _____

I am accepting a charitable donation of food from the Emergency Food Pantry. I hereby relinquish the Food Pantry of all liability of any nature whatsoever and accept the food products “as is” and at my own risk.

“I certify that my total yearly gross household income is at or below 185% of the poverty level, OR that my household participates in the program(s) that I have checked on the Emergency Food Registration Form. I will also notify the Pantry, if there are changes to my income or qualifiers which may cause me to become ineligible for the TEFAP USDA foods.”

Client Signature & Date: _____

Interviewer Name: _____

Providing your address is optional, however any information you provide us with will help us to better serve you.

Street Address: _____

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. 9/8/2022 2026

Household Size	Annual	Monthly	Weekly
Household of 1	\$29,526	\$2,461	\$568
Household of 2	\$40,034	\$3,337	\$770
Household of 3	\$50,542	\$4,212	\$972
Household of 4	\$61,050	\$5,088	\$1,175
Household of 5	\$70,558	\$5,964	\$1,377
Household of 6	\$82,066	\$6,839	\$1,579
Household of 7	\$92,574	\$7,715	\$1,781
Household of 8	\$103,082	\$8,591	\$1,983
For each additional family member add:	\$10,508	\$876	\$203

YOU ARE NOT REQUIRED TO SHOW PROOF OF INCOME. IF YOU FALL INTO ONE OF THE ABOVE CATEGORIES YOU AUTOMATICALLY QUALIFY TO RECEIVE TEFAP & STATE FOODS.

This information is required to be always posted, and updated annually, at the site of intake and distribution.
This institution is an equal opportunity provider.

REGISTRO PARA ALIMENTOS DE EMERG. - 2026

Información de Registro

Los clientes deben ser residentes del Estado de Nueva Jersey

Fecha de revisión: 21 de enero de 2025

Debe ser completado por
cada cliente que recibirá
alimentos, una vez al año.

Fecha _____ LDA _____ EFO _____ SRFDC _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Ciudad y código postal (requirido) _____

Teléfono # _____ Correo Electrónico _____

Número de adultos en el hogar _____ Número de niños menores de 18 años en el hogar _____

RAZÓN DE ELEGIBILIDAD (POR FAVOR CIRCULE UNA OPCIÓN)

Un participante en uno o más programas locales, estatales o federales que se encuentren en o por debajo del umbral de ingresos establecido por la agencia estatal para la elegibilidad de TEFAP calificará automáticamente para los alimentos del USDA de TEFAP.

1. **DECLARACIÓN PERSONAL – INGRESO BAJO (185% del nivel de pobreza) – Ver escala de ingresos a continuación**
2. **Participante de programa existente local, estatal o federal (ejemplo – WIC)**
3. **DESASTRE (Otro – puede ser divorcio, violencia doméstica, gasto inusual, pérdida de empleo, etc.)**

Por favor explique: _____

Estoy aceptando una donación caritativa de alimentos de la Despensa de Alimentos de Emergencia. Por la presente libero a la Despensa de Alimentos de toda responsabilidad de cualquier naturaleza y acepto los productos alimenticios "tal como están" y bajo mi propio riesgo. "Certifico que el ingreso bruto total anual de mi hogar está en o por debajo del 185% del nivel de pobreza, O que mi hogar participa en el/los programa(s) que he marcado en el Formulario de Registro de Alimentos de Emergencia. También notificaré a la Despensa si hay cambios en mis ingresos o factores de elegibilidad que puedan hacerme inelegible para los alimentos del USDA TEFAP."

Firma y fecha: _____

Nombre del entrevistador: _____

Proporcionar su dirección es opcional, sin embargo, cualquier información que nos brinde nos ayudará a servirle mejor.

Dirección: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) sobre derechos civiles, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de Señas Americana), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse 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 completar el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que se puede obtener en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del reclamante, dirección, número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con detalles suficientes para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por:

1. **Correo:** Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
2. **Fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442
3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. 9/8/2022 2026

THE EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)			
Income Eligibility Guidelines			
Total Household Income (based on 185% of Poverty)			
Effective February 10, 2026 to June 30, 2026			
Household Size	Annual	Monthly	Weekly
Household of 1	\$29,526	\$2,461	\$568
Household of 2	\$40,034	\$3,337	\$770
Household of 3	\$50,542	\$4,212	\$972
Household of 4	\$61,050	\$5,088	\$1,175
Household of 5	\$70,558	\$5,964	\$1,377
Household of 6	\$82,066	\$6,839	\$1,579
Household of 7	\$92,574	\$7,715	\$1,781
Household of 8	\$103,082	\$8,591	\$1,983
For each additional family member add:	\$10,508	\$876	\$203

YOU ARE NOT REQUIRED TO SHOW PROOF OF INCOME. IF YOU FALL INTO ONE OF THE ABOVE CATEGORIES YOU AUTOMATICALLY QUALIFY TO RECEIVE TEFAP & STATE FOODS

This information is required to be always posted, and updated annually, at the site of intake and distribution.
This institution is an equal opportunity provider.

1-10-2026