

houston**food**bank 

Partner

Proudly serving the community together

Forms

Pantry Bill of Rights

1. The pantry has the right to verbally request information on the Houston Food Bank intake form or via computer using a web-based intake application.
2. The pantry has the right to determine its own hours of operation and service guidelines if availability to clients is a priority and all clients are served equally and within the USDA and TDA guidelines. Service guidelines and hours of operation should be clearly posted for clients to see.
3. The pantry has the right to refuse services to a client only if:
 - The client is creating a stressful environment for other clients, staff, or volunteers
 - The client is belligerent and disrespectful to other clients, staff, or volunteers
 - The client is posing a safety threat to other clients
 - The client is requesting food services above and beyond which all other clients are receiving
 - All refusals must be documented

Complaints or concerns?

Please call the Houston Food Bank with any complaints or concerns you have about this Houston Food Bank partner at 713-547-8668

Pantry Bill of Rights Spanish

1. La despensa tiene el derecho de solicitar verbalmente información en el formulario de ingreso del Banco de Alimentos de Houston o por computadora utilizando una aplicación de ingreso basada en la web.
2. La despensa tiene el derecho de determinar sus propias horas de operación y pautas de servicio si la disponibilidad para los clientes es una prioridad y todos los clientes reciben el mismo servicio y se encuentran dentro de las pautas de USDA y TDA. Las pautas de servicio y las horas de operación deben estar claramente publicadas para que los clientes las vean.
3. La despensa tiene el derecho de rechazar los servicios a un cliente solo si:

El cliente está creando un ambiente estresante para otros clientes, personal o voluntarios

El cliente está planteando una amenaza de seguridad para otros clientes

El cliente está planteando una amenaza de seguridad para otros clientes

El cliente está solicitando servicios de comida más allá de lo que todos los demás clientes están recibiendo

Todas las negativas deben ser documentadas

¿Quejas o inquietudes? Llame al Banco de Alimentos de Houston si tiene alguna queja o inquietud sobre este socio del Banco de Alimentos de Houston al 713-547-8668

Client Bill of Rights

- 1) This agency, a representative of the Houston Food Bank, will treat you, the client, with dignity and respect at all times.
- 2) At no time should you be asked to make a donation of time or money in exchange for food assistance / food services.
- 3) At no time should you be required to participate in a religious or political activity at the time that you are receiving food assistance / food service. This includes, but is not limited to, listening to prayer, music, sermons, attending mass, or political rallies of any kind.
- 4) The client should provide the agency with all pertinent information found on the pantry intake form, but should not be required to show proof of residency, social security card, or any other documents unless they are participating in a program that is providing financial assistance other than food assistance.

Compliments or Concerns?

Please call the Houston Food Bank with any compliments or concerns you have about this Houston Food Bank partner agency at (713) 547-8668.

Client Bill of Rights Spanish

Declaracion de Derechos del Cliente

- 1) Esta Agencia, del Banco de Alimentos de Houston, a través de su representante, lo tratará a usted, el cliente, con dignidad y respeto en todo momento.
- 2) En ningún momento, se le solicitara hacer una donación en tiempo o dinero a cambio de la ayuda alimentaria o los servicios de alimentos.
- 3) En ningún momento, se le obligara a participar en actividades religiosa o política a cambio de recibir asistencia alimentaria o servicios de comida. Esto incluye y no se limita a escuchar una oración, música, sermones, asistir a misa o mítines políticos de ninguna clase.
- 4) Usted deberá proporcionar a la Agencia toda la información correspondiente en la Forma de Admisión de la Despensa. Así mismo, Usted no está obligado a presentar ninguna prueba de residencia y/o tarjeta de Seguro Social, a menos que este participando en un programa que proporcione asistencia financiera y que no sea de asistencia alimentaria.

Elogios, Preguntas o Sugerencias

Por favor comuníquese con el Banco de Alimentos de Houston al (713) 547 8668 si tiene elogios, preguntas o sugerencias sobre esta Agencia.

TEFAP Participants Rights, Obligations, and Fair Hearing Request- English and Spanish (following 2 pages)

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)

Participant Agreement, Rights, Obligations, and Fair Hearing Request

1. I certify that the information I have provided for eligibility determination is correct to the best of my knowledge. Program officials may verify information on this form.
2. Program benefits are provided in connection with the receipt of federal assistance. I understand that deliberate misrepresentation may subject me to civil or criminal prosecution under state and federal law.
3. I may appeal any decision made by the contracting entity (food bank) or distribution site regarding my eligibility for this program. I can submit a request for a fair hearing to the distribution site.
4. I understand that I may not receive USDA Foods at more than one distribution site unless granted permission from the food bank that administers TEFAP in my service area.
5. 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.
6. I understand that the food provided by this program is intended for the members of the eligible household.
7. I understand that I must not sell or exchange USDA Foods for nonfood items.
8. 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.
9. Program staff have advised me of my rights and obligations under this program.
10. 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.
11. I understand that I have the right to request a fair hearing of the denial or termination of benefits through an administrative review of the adverse action. A request for a fair hearing can be submitted to the food bank or distribution site.
12. I have read this form, or the form has been read to me.
13. I understand that I must not physically abuse or threaten to physically abuse program staff.

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: 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.

Participant's signature

Program official's signature

Date

Date

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

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

1. Certifico que, a mi buen saber y entender, la información que he proporcionado para la determinación de elegibilidad es correcta. Los funcionarios del programa podrán verificar datos en este formulario.
2. Los beneficios del programa se proporcionarán conforme a la recepción de asistencia federal. Entiendo que cualquier declaración falsa deliberada podría exponerme a un proceso civil o penal en virtud de las leyes estatales y federales.
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. Tendré la posibilidad de solicitar una audiencia imparcial al sitio de distribución.
4. Comprendo que no podré recibir alimentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) en más de un sitio de distribución a menos que tenga un permiso del banco de alimentos que administra el Programa TEFAP en mi área de servicio.
5. 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.
6. Comprendo que los alimentos provistos por el programa están destinados a los miembros de los hogares que cumplen con los requisitos.
7. Entiendo que no debo vender ni intercambiar los alimentos del USDA por artículos no alimenticios.
8. 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.
9. El personal del programa me ha hecho saber cuáles son mis derechos y obligaciones en virtud del programa.
10. 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.
11. Entiendo que tengo derecho a solicitar una audiencia imparcial por la negación o suspensión de beneficios mediante una revisión administrativa de la medida adversa. Podré presentar la solicitud de audiencia imparcial ante el banco de alimentos o el sitio de distribución.
12. He leído o me han leído el presente formulario.
13. Comprendo que no debo agredir físicamente ni amenazar con agredir físicamente al personal del programa.

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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.

Firma del participante

Firma del funcionario del programa

Fecha

Fecha

TEFAP Written Notice of Beneficiary Rights (following page)

**The Emergency Food Assistance Program
Written Notice of Beneficiary Rights**

Name of Organization _____

Name of TEFAP Staff Contact _____

Phone Number _____

Email Address _____

You have the following rights when you participate in TEFAP.

1. We may not discriminate against you on the basis of religion or religious belief; a refusal to hold a religious belief; or a refusal to attend or participate in a religious practice.
2. We may not require you to attend or participate in any explicitly religious activities that we offer. Your participation in these activities must be purely voluntary.
3. We must separate, in time or location, any privately funded, explicitly religious activities from activities supported with USDA direct assistance.
4. If you object to the religious character of our organization, we must make reasonable efforts to identify and refer you to an alternate provider to which you have no objection. We cannot guarantee, however, that in every instance, an alternate provider will be available.
5. You may report violations of these protections (including denials of services or benefits) to TDA at www.Squaremeals.org.

Contact TDA at: Commodity Operations 877-TEX-MEAL (877-839-6325)
CommodityOperations@TexasAgriculture.gov

*Federal regulations require this written notice before participants receive TEFAP services.
This institution is an equal opportunity provider.*

TEXCAP/USDA Commodities Inventory (following page)

Annual Inventory of TEXCAP/USDA Commodities

Date: June 30, _____

Agency Name _____ Agency Number _____

Director _____

Person Responsible for Inventory _____

Page _____ of _____

Item Name	Item Number	Unit	Quantity

Rev. 6/10

Name of Partner: _____ **Month / Year:** _____

Fridge and Freezer Log

Location of Refrigerator/Freezer: _____

Pantry – Minimum once a week

Meal Site (food prepared onsite) – Monitor daily

Indicate the temperature of each unit in the space provided and initial where indicated.

Day	Fridge 1	Fridge 2	Fridge 3	Freez 1	Freez 2	Freez 3	Pantry	Comments and Initials
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

REFRIGERATORS MUST BE 40 DEGREES F OR BELOW	FREEZERS MUST BE ZERO DEGREES F OR BELOW
<i>If units cannot maintain these temperatures, units should be serviced.</i>	