OFFICE OF THE LT GOVERNOR REBECCA S. SKILLMAN
GRANT SERVICES **Exhibit C**

SPANISH ELIGIBILITY CERTIFICATE FOR 2007

PANTRY NAME: _____ **COUNTY:**_____

PANTRY ADDRESS: _____ **CITY:** _____

Certifico que el ingreso de mi familia es igual o menor que los incluidos en la siguiento:

INCOME GUIDELINES
(165%)

Personas en la familis	(Mensual)	(Anual)	Personas en la familis	(Mensual)	(Anual)
1	$ 1,348	$ 16,170	4	$ 2,750	$ 33,000
2	$ 1,815	$ 21,780	5	$ 3,218	$ 38,610
3	$ 2,283	$ 27,390	6	$ 3,685	$ 44,220

CADA PERSONA EXTRA: Mensual $468 Anual $5,610

Reconozco que el estado do Indiana y despensa de comida no tienen ningun control sobre la fabricacion de estos y a consecuencia no garantizan la condicion, la calidad, o el contenido de los productos donados por el USDA. Tambien reconozco y estoy consciente de que el vender, combiar, fraude o el abuso de estos productos es penalizado y que puedo ser sujeto a persecucion federal, y certifico que mi familia ha recibido estos productos durante esta distribucion.

FECHA	FIRMA	PERSONAS EN FAMILIA

Updated7/27/2006
By: Marsha McGraw