

PROGRAMA DE ALIMENTOS SUPLEMENTARIOS (CSFP) SOLICITUD PARA BENEFICIOS

Enrollment Date:		Date of Verbal Recertification:	<input type="checkbox"/> 12 Months:
Site:			<input type="checkbox"/> 24 Months:

_____ Total de miembros del hogar _____ Total de miembros del hogar elegibles

MIEMBROS DEL HOGAR QUE SON ELEGIBLES PARA EL CSFP

1. Solicitante (Apellido, Primer nombre):			
Dirección:		Ciudad, Estado, Código postal:	<input type="checkbox"/> Prueba de residencia comprobada
Fecha de nacimiento:	N° de ID:	N° de teléfono:	
Hispano / Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza (elija una o más): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de los EE. UU. o nativo de Alaska		
2. Solicitante (Apellido, Primer nombre):			
Fecha de nacimiento:		N° de ID:	N° de teléfono:
Hispano / Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza (elija una o más): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de los EE. UU. o nativo de Alaska		

Certifico bajo pena de perjurio que el número de miembros de mi hogar que he anotado en este formulario es verdadero y correcto, y que los ingresos de mi hogar para los últimos 30 días no sobrepasan los límites mensuales publicados del CSFP o que los ingresos de mi hogar para los últimos 12 meses no sobrepasan los límites anuales. Los alimentos que recibiré son para mi uso personal y no para ser vendidos, intercambiados o regalados. **SÍ** **NO**

Completo esta solicitud para recibir asistencia federal. Oficiales del CSFP verificarán la información que he proporcionado en este formulario. Entiendo que cualquier declaración falsa y deliberada podría someterme a un enjuiciamiento según los estatutos estatales y federales vigentes. También entiendo que no puedo recibir beneficios del CSFP y del Programa Especial Suplementario de Alimentos para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) al mismo tiempo, y que no puedo recibir beneficios del CSFP de más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, entiendo que es posible que la información que he proporcionado en este formulario sea compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. Se me ha explicado cuáles son mis derechos y responsabilidades bajo este programa. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de la información que he proporcionado en esta solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para que puedan determinar si soy elegible para participar en otros programas de asistencia pública y para mejorar sus programas de alcance comunitario. (Por favor indique su decisión marcando la casilla correspondiente.) **SÍ** **NO**

_____	_____	_____
Nombre del solicitante en letra de molde	Firma del solicitante	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del solicitante en letra de molde	Firma del solicitante	Fecha

AUTORIZACIÓN DE APODERADO

Entiendo que si no recojo mis alimentos con regularidad se terminará mi participación en el CSFP. En el caso de que no pueda recoger mis alimentos, por favor entréguenlos a:

Nombre(s) del apoderado en letra de molde:	Firma(s) del apoderado:
_____	_____

Programa de Alimentos Suplementarios (CSFP)

Derechos y responsabilidades del participante

1. Las normas del CSFP se aplican sin discriminación por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
2. Los solicitantes y participantes tienen el derecho de apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a la denegación o terminación del CSFP a través de una audiencia imparcial. Se puede hacer una apelación verbalmente o por escrito, y una solicitud para una audiencia imparcial puede ser acordada en la oficina de la sede de la agencia local.
3. La agencia local debe poner la información nutricional a la disposición de los participantes y los padres o tutores de bebés y niños que participan en el CSFP, y animarlos a participar.
4. La agencia local debe proporcionar información sobre otros programas de nutrición, salud o asistencia, y hacer referencias según corresponda.
5. Los participantes no pueden recibir beneficios del CSFP y del programa WIC al mismo tiempo y no pueden recibir beneficios del CSFP más de una vez al mes.
6. El usar incorrectamente o recibir beneficios del CSFP como resultado de la doble participación u otras infracciones programáticas puede conducir a una reclamación contra el participante para recuperar el valor de los beneficios y puede conducir a la descalificación del participante del CSFP.
7. Los participantes deben reportar los cambios en su hogar o los cambios en los ingresos de su hogar dentro de los 10 días después de que el cambio sea conocido por el hogar.

*Recolección de datos raciales/étnicos del CSFP: Se solicita esta información para cumplir con los requisitos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) que rigen el CSFP. Se solicita la información con el único propósito de determinar si el Estado cumple con las leyes federales de derechos civiles. Sus respuestas no afectarán la consideración de su solicitud o su participación en el CSFP y pueden estar protegidas bajo la Ley de Privacidad. Al proporcionar esta información, usted nos ayudará a asegurar que este programa se administre de una manera no discriminatoria. Si se niega a proporcionar la información étnica/racial solicitada, su raza y etnia se determinarán mediante observación visual y se registrarán en el sistema de datos.

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran programas del USDA están prohibidos de discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad y edad, y están prohibidos de tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier actividad o programa dirigido o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del Programa (por ejemplo, Braille, impresos en letra grande, cinta de audio, idioma de señas americano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde presentaron su solicitud para beneficios. Las personas que son sordas o que tienen discapacidades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, es posible que la información sobre el Programa esté disponible en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación, llene el formulario del USDA para quejas de discriminación en el Programa (AD-3027S), que está disponible en línea en https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12%5B1%5D.pdf y en cualquier oficina del USDA, o envíe una carta al USDA y proporcione toda la información que se solicita en el AD-3027S. Para pedir una copia del formulario, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado 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 **correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.