



Programa Suplementario de Comestibles Básicos (CSFP)
Solicitud de participante

Formulario CSFP 0003
 efectivo 7 de Febrero de 2024

Agencia local	Centro de distribución
----------------------	-------------------------------

Información sobre su hogar (LETRA DE IMPRENTA): *la debe completar el solicitante, un integrante del hogar, un representante autorizado o un funcionario del organismo que determina la elegibilidad.*

Nombre del solicitante (apellido, nombre e inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento
Dirección (Calle, ciudad, estado, C. P.)	Código de área y n.º de tel.	Sexo (marque con un círculo) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB
¿Alguna vez recibió alimentos del Programa Suplementario de Comestibles Básicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____		
Fecha en que el solicitante recibió alimentos del CSFP por última vez:		

Descripción de ingresos	Cantidad	Frecuencia
Número total de integrantes del hogar	Ingreso bruto total (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	Nota: Los beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) no cuentan como ingresos.

Pautas de ingresos del CSFP (130% de la cifra de pobreza)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certifico que los ingresos de mi hogar se encuentran por debajo de las siguientes pautas						Sí []	No []
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Tamaño del hogar	Anual	Mensual		
1	\$ 19,578	\$ 1,632	5	\$ 47,554	\$ 3,963		
2	\$ 26,572	\$ 2,215	6	\$ 54,548	\$ 4,546		
3	\$ 33,566	\$ 2,798	7	\$ 61,542	\$ 5,129		
4	\$ 40,560	\$ 3,380	8	\$ 68,536	\$ 5,712		

Por cada integrante adicional del hogar, agregue: \$ 6,994 \$ 583

Solicitud inicial: la debe completar el personal del programa			
Elegibilidad	Categoría	Determinación	Fecha de envío de aviso de determinación:
<input checked="" type="checkbox"/> Ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tercera edad	<input type="checkbox"/> Elegible	Fecha de determinación:
<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> No es elegible según categoría	<input type="checkbox"/> No es elegible	Fecha de visita inicial:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Elegible: en lista de espera	Periodo de certificación: -

Firma de la persona que toma la decisión Titulo de la persona que toma la decisión

Confirmación del Participante

Si accedo al programa, recogeré los alimentos según las indicaciones. El hecho de no recoger los alimentos según las indicaciones puede tener como resultado la suspensión del programa.

Entiendo que si opto por enviar a otra persona (apoderado) a recoger mis alimentos, debo contar con un formulario de apoderado completado y registrado para designar a esa persona.

Entiendo que los alimentos suministrados por este programa están destinados al participante a quien está dirigido el programa.

Audiencia Justa

Puedo apelar toda decisión adversa tomada en relación con mi elegibilidad para el programa. Yo o mi cuidador podemos solicitar una audiencia justa presentando una solicitud verbalmente o por escrito ante un funcionario de un organismo local o estatal en un plazo de 60 días a partir de la fecha de notificación de una medida adversa.

MUST BE COMPLETED. If applicant refuses, fill in this section based on intake person's visual determination.

Raza: Negra o afroestadounidense Negra o estadounidense y blanca Blanca Asiática y blanca
Indígena de EE. UU. o Alaska Indígena de EE. UU. o Alaska y negra o afroestadounidense
Indígena de Hawái o de las islas del Pacífico Indígena de EE. UU. o Alaska y Blanca Asiática

Origen étnico: Hispano o latino No hispano ni latino

Certificación (SE LE DEBE LEER AL SOLICITANTE ANTES DE FIRMAR): esta solicitud se completa en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información contenida en este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada está sujeta a un proceso según los estatutos estatales y federales aplicables. También soy consciente de que no puedo recibir los beneficios del CSFP en más de un centro del CSFP al mismo tiempo. Asimismo, soy consciente de que la información proporcionada puede compartirse con otras organizaciones a fin de detectar e impedir la participación duplicada. Se me informó acerca de mis derechos y obligaciones en virtud del programa, incluido el derecho a apelar toda decisión tomada por el organismo local en relación con el rechazo o la suspensión de mi participación en el programa. Entiendo que el organismo local me proporcionará educación sobre nutrición y se me ha recomendado participar. Certifico que la información que proporcioné para determinar mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.

Autorizo la divulgación de información en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administren programas de asistencia a fin de determinar mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y con el objeto de establecer el alcance de los programas. (Indique la decisión colocando una marca de verificación en la casilla correspondiente).

SÍ NO

Firma del solicitante	Fecha	Nombre del apoderado: opcional (letra de imprenta)
-----------------------	-------	--

STAFF CERTIFICATION: I certify I have read this page to the applicant and all items are completed.

Staff Printed Name	Date	Staff Signature
--------------------	------	-----------------

NO DISCRIMINACIÓN:

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación de sexual), edad, discapacidad, enganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al **(202) 720-2600** (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al **(800) 877-8339**.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section 508 Compliant.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section%20508%20Compliant.pdf), en cualquier oficina del USDA, llamando al **(866) 632-9992**, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o´

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

correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.
