



PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE COMESTIBLES BÁSICOS (CSFP) SOLICITUD PARA BENEFICIOS

Inscripción nueva

Volver a solicitar

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

SEXO: Femenino Masculino FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

DIRECCIÓN (*Núm., Calle*) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ NÚM. DE TEL. _____

ETNIA (*seleccione una*): Hispánica o Latina Ni Hispánica ni Latina

RAZA (*seleccione todas la que sean necesarias*): Afroamericana o Negra Indígena de los EE.UU. o de Alaska

Asiática Originario de Hawái u otra Isla de la Polinesia Blanca

Al marcar la casilla a la izquierda, certifico que el ingreso bruto de mi hogar es igual o inferior al 130 por ciento de las pautas federales actuales de pobreza según corresponda al tamaño de mi hogar, he revisado la tabla de elegibilidad de ingresos actual y recibí una explicación de los ingresos contables y no contables.

AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTACIÓN

Entiendo que tengo que recoger mi comida regularmente y que si no recojo mi comida puede terminarse mi participación en el CSFP. En caso de que no puede recoger mi comida, por favor, entréguesela a:

NOMBRE(S) EN LETRA DE MOLDE DEL REPRESENTANTE(S):

FIRMA(S) DEL REPRESENTANTE(S):

Esta solicitud se está llenando en relación con la recepción de asistencia Federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la falsificación deliberada puede ser motivo de procesamiento según los estatutos Estatales y Federales que correspondan. También sé que es posible que no reciba los beneficios del CSFP y WIC simultáneamente, y es posible que no reciba los beneficios del CSFP en más de un sitio del CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionad puede compartirse con otras organizaciones para detectar y evitar la participación doble. Me han informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que proporcioné para mi determinación de elegibilidad es correcta según mi leal saber y entender.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programa de asistencia para determinar mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa. (Por favor, indique la decisión marcando la casilla correspondiente) **Sí** **No**

NOMBRE DEL SOLICITANTE (*En letra de molde*) _____

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FECHA _____

De conformidad con la Ley de Derechos Civiles Federal y las normas y políticas sobre los 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 basado en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividad previa de derechos civiles en algún programa o actividad administrado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir 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, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (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. Presente su formulario llenado o su 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.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.
• Available in English online or at the local office.