



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)

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	\$ 18,954	\$ 1,580	5	\$ 45,682	\$ 3,807
2	\$ 25,636	\$ 2,137	6	\$ 52,634	\$ 4,364
3	\$ 32,318	\$ 2,694	7	\$ 59,046	\$ 4,921
4	\$ 39,000	\$ 3,250	8	\$ 65,728	\$ 5,478
Por cada integrante adicional del hogar, agregue:				\$ 6,682	\$ 557

Solicitud inicial: la debe completar el personal del programa

Elegibilidad	Categoría	Determinación	Fecha de envío de aviso de determinación:	_____
			Fecha de determinación:	_____
			Fecha de visita inicial:	_____
			Periodo de certificación	_____ - _____
Ingresos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tercera edad <input type="checkbox"/> No es elegible según categoría	<input type="checkbox"/> Elegible		
Residencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No es elegible <input type="checkbox"/> Elegible: en lista de espera		
Firma de la persona que toma la decisión		Título 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:

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, (AD-3027) que está disponible en línea en:

https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf 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. Envíe su formulario complete 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.
