



Division of Nutrition & Physical Activity

Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos (CSFP)

Recepción de productos del USDA
DECLARACIÓN DE REPRESENTACIÓN

Esta representación es para el destinatario individual que no puede recoger un paquete del CSFP en la hora y el lugar designados. El miembro del personal o voluntario de la agencia local o del sitio de certificación/distribución completa este formulario y verifica la identidad del solicitante/participante y su representante.

Información del solicitante/participante del CSFP (EN LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA: _____

Información del representante (EN LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA: _____

- Solo una vez
Permanente

Completado y verificado por: _____ Fecha: _____

Firma del personal de la LA/del sitio:

Cargo de la persona que verifica: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.