

## Commodity Supplemental Food Program Application

☐ Identificación Verificada    Tipo de Identificación \_\_\_\_\_ ☐ Prueba de Residencia    ☐ Nueva Certificación    ☐ Recertificación

**Día de Certificación:** \_\_\_\_\_ **Día de Expiración:** \_\_\_\_\_

**Apellido (Apellidos):** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Condado:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Etnicidad:** Marque una:    ☐ Hispano(a) o Latino (a)    ☐ No Hispano(a) o Latino (a)

**Raza:** Marque los que aplique:    ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska    ☐ Asiático    ☐ Afroamericano

☐ Hawaiano o Isleño del Pacífico    ☐ Blanco

Esta información es requerida solamente con el propósito de determinar que el estado cumpla con las leyes civiles federales, y sus respuestas no afectaran la consideración de su aplicación y es protegida por la ley del acto privado. Al proveer esta información nos estará asistiendo en asegurar que este programa es administrado de manera no discriminatoria.

**Nombre del Proxy(s):** \_\_\_\_\_

**Ingreso total del hogar:** \_\_\_\_\_ **Número de Personas en su hogar:** \_\_\_\_\_

| Salarios          | SS (Mensual) | SSI (Mensual) | GA/MFIP (Mensual) | Interes (Mensual) |             |
|-------------------|--------------|---------------|-------------------|-------------------|-------------|
| \$                | \$           | \$            | \$                | \$                |             |
| Pension (Mensual) | VA (Mensual) | MSA (Mensual) | Otro (Mensual)    | Total Mensual     | Total Anual |
| \$                | \$           | \$            | \$                | \$                | \$          |

**Este párrafo debe de ser leído por o la participante:**    **Idioma Preferido** \_\_\_\_\_

Esta solicitud está siendo completada en relación con la asistencia federal. Oficiales de este programa pueden verificar la información en esta solicitud. Yo estoy consciente que al alterar información en esta solicitud puedo ser sometido a un proceso judicial según los estatus estatales y judiciales. Estoy consciente que no puedo recibir beneficios de CSFP en más de una locación. Estoy consciente que la información proveída puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir doble participación. Se me ha dado a conocer mis derechos y obligaciones bajo el programa. Yo certifico que la información proveída para determinar mi elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Yo autorizo liberar la información provida en esta solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para determinar mi elegibilidad de poder participar en otros programas de asistencias públicas. (por favor indique marcando un sí o un no en las cajas de abajo)

**Marque uno: SI** ☐    **NO** ☐

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o Proxy

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona tomando la decisión final

\_\_\_\_\_  
Fecha

# **Derechos y responsabilidades de CSFP**

April 2023

7CFR 247.12

## **Derechos del participante:**

1. La agencia local le brindará información sobre otros programas de nutrición, salud o asistencia, como Medicare, los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario, el Programa de Asistencia de nutrición Suplementaria (SNAP) y hará referencias según corresponda.
2. La agencia local pondrá a su disposición educación nutrición y lo alentará a participar.
3. La agencia local le notificará la decisión de denegar o cancelar sus beneficios CSFP y su derecho individual a Apelar esta decisión solicitando una audiencia imparcial, de acuerdo con 7 CFR 247.33(a).

## **Responsabilidades del participante**

1. El uso o la recepción inadecuados de los beneficios del CSFP como resultado de infracciones del programa, puede dar lugar a una reclamación en su contra para recuperar el valor de los beneficios y puede dar lugar a la descalificación del CSFP.
2. Debe informar los cambios en los ingresos o la composición del hogar dentro de los diez (10) días posteriores a que su hogar conozca el cambio.

## **Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:**

De acuerdo con ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866-632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o
- (2) **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**