



## Commodity Supplemental Food Program (CSFP) (Programa Suplementario de Productos Básicos) Solicitud de elegibilidad

Contratista: \_\_\_\_\_ Número de cliente: \_\_\_\_\_  
Sitio de distribución: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Estado	Fecha	Elegible	Fecha de finalización	Iniciales del funcionario
Lista de espera		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Temporal		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
1. Certificación		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2. Renovación de la certificación		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3. Renovación de la certificación		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Terminación		Motivo:		

Información del solicitante			
<b>Nombre del solicitante</b>	Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
<b>Parte responsable</b>	Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
<b>Información de contacto</b>	Teléfono residencial:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:
<b>Dirección</b>	Calle:		
	Casilla de correo:		
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
<b>Verificación de la dirección</b>	<input type="checkbox"/> Documento enviado por correo <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos <input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro privado <input type="checkbox"/> Contrato de alquiler/arrendamiento <input type="checkbox"/> Recibo de alquiler <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
<b>Datos de la raza y etnia</b>	¿Cuál es su categoría étnica? <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino ¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (seleccione una o más opciones) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico		
<b>Verificación de identificación</b>	<input type="checkbox"/> Partida de nacimiento <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Documento de identidad <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ Fecha de nacimiento: _____    Edad: _____		
<b>Autoproclamado</b>	Número de integrantes del hogar: _____ Cumple con las pautas de ingresos (130 % de los lineamientos del ingreso federal de pobreza) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Esta solicitud se está completando en relación con la recepción de ayuda federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada puede someterme a un enjuiciamiento conforme los estatutos estatales y federales aplicables. También sé que es posible que no reciba los beneficios del programa CSFP y del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) simultáneamente, y que es posible que no reciba los beneficios del programa CSFP en más de un sitio del programa CSFP. Asimismo, soy consciente de que la información provista se puede compartir con otras organizaciones con el fin de descubrir y evitar que se realice la doble participación. He sido informado de mis derechos y obligaciones conforme este programa. Certifico que la información que he proporcionado para que se determine mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.

Autorizo la difusión de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de ayuda para su uso en la determinación de elegibilidad para participar en otros programas de ayuda pública y para fines de divulgación del programa.

(Indique la decisión con una marca de verificación en la casilla correspondiente).

Sí

No

He firmado y recibido una copia del acuerdo del participante. Si se me acepta en el programa, entiendo que se me puede incluir en una lista de espera.

Al firmar esta solicitud de elegibilidad, certifico que he leído los lineamientos de ingresos proporcionados y que mis ingresos se encuentran dentro del 130 % de los lineamientos del ingreso federal de pobreza.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles, y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o tomar medidas de represalias por haber realizado actividades relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren métodos de comunicación alternativos para recibir la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, grabación, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Por otra parte, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [Formulario de queja por discriminación del programa del USDA](#) (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> o en cualquier oficina del USDA, o proporcione toda la información que se solicita en el formulario en una carta dirigida al USDA.

Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

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

Fax: (202) 690-7442

Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

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

**Devuelva este formulario completado a:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si tiene alguna pregunta, llámenos al:**

\_\_\_\_\_