Washington State Department of Agriculture

Food Assistance
PO Box 42560
Olympia WA 98504-2560
foodassistance@agr.wa.gov

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)
(Programa Suplementario de Productos Básicos)
Notificación de cambio del estado de elegibilidad

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Usted está recibiendo esta carta debido a que la elegibilidad del Programa Suplementario de Productos Básicos ha cambiado (Commodity Supplemental Food Program, CSFP). Revise el punto marcado a continuación para conocer el motivo por el que recibe esta notificación.

☐ Vencimiento de la certificación

El periodo de certificación está por expirar: Su certificación vence el día _____.
Si desea seguir participando en el programa CSFP, comuníquese con nuestra oficina al _____ para programar una certificación en persona o para renovar la certificación por teléfono si ha obtenido una certificación en persona en los últimos 36 meses, y si no ha cambiado ninguna información utilizada para obtener la certificación.

☐ Suspensión del participante - Fecha de vigencia: _____

- ☐ **No recogió el paquete (no se presentó) durante 2 o más meses consecutivos**: Si desea seguir participando en el programa CSFP, comuníquese con nuestra oficina al _____ para programar una certificación en persona o para renovar la certificación por teléfono si ha obtenido una certificación en persona en los últimos 36 meses, y si no ha cambiado ninguna información utilizada para obtener la certificación (sujeto a disponibilidad).
- ☐ **Se determinó que el participante no era elegible**: El participante ya no es elegible debido a los cambios que informó.
- ☐ **Falta de recursos necesarios para seguir brindando beneficios al participante**:

_____

☐ Descalificación/terminación - Fecha de vigencia: _____ por un período de: _____

Se determinó que usted ha participado según circunstancias irregulares:

- ☐ Ha hecho declaraciones falsas, ya sea de manera oral o escrita, para obtener los beneficios del programa CSFP a los que de otro modo no sería elegible.
- ☐ Ha participado en el programa CSFP en dos o más ubicaciones (participación doble).
- ☐ Ha ocultado información para obtener los beneficios del programa CSFP para los que de otro modo no sería elegible.
- ☐ Ha modificado los documentos del programa con el fin de recibir mayores beneficios para los cuales no sería elegible o con el fin de transferir beneficios a un individuo no autorizado.
- ☐ Ha utilizado los alimentos del programa CSFP de manera no autorizada, como el comercio o la venta de los alimentos.

Si usted o su encargado no están de acuerdo con esta decisión y desean apelar, pueden hacer una declaración expresa para solicitar una audiencia imparcial, de manera oral o escrita, al funcionario de la agencia estatal o local en un plazo de 60 días a partir de la fecha de esta notificación.

Contratista: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

WSDA Food Assistance
1111 Washington Street SE, 2nd Floor
PO Box 42560
Olympia WA 98504-2560
(360) 725-5640

Los participantes a quienes se les nieguen los beneficios en la certificación inicial, los participantes cuyo período de certificación haya vencido o cuyo estado pase a ser terminantemente no elegible no seguirán recibiendo beneficios mientras esperan la decisión sobre su apelación.

_____ Contacto del personal de la agencia

_____ Cargo

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.