



Commodity Supplemental Food Program (CSFP)
(Programa Suplementario de Productos Básicos)
Acuerdo del participante (derechos y responsabilidades)

Fecha: _____

1. Yo, _____, certifico que la información que he proporcionado para que se determine mi elegibilidad es correcta a mi saber y entendimiento.
2. La agencia local pondrá a mi disposición materiales de educación nutricional y me alientan a participar en estos servicios.
3. La agencia local proporcionará información por escrito sobre otros programas nutricionales, de salud o asistencia y seré referido según corresponda.
4. Entiendo que los alimentos proporcionados por el programa CSFP están destinados al participante para quien se asignan y no a otra persona.
5. Entiendo que el programa CSFP es un programa alimenticio suplementario y no un programa integral.
6. Entiendo que debo certificar cada 12 meses que no ha cambiado la información contenida en la certificación formal inicial del programa CSFP y confirmar que todavía deseo participar en el programa CSFP. Además, tendré que completar, de manera personal, una nueva certificación formal del programa CSFP 36 meses después de la fecha de la certificación inicial del programa CSFP.
7. La agencia local notificará la determinación de elegibilidad en un plazo de 10 días. Si se determina que no soy elegible, se me notificará por escrito.
8. Entiendo que también se me puede incluir en una lista de espera para recibir los beneficios cuando haya espacios vacantes disponibles en el programa. Se me notificará por escrito del puesto en la lista de espera en un plazo de 10 días.
9. Tengo derecho a apelar decisiones mediante la solicitud de una audiencia imparcial. Tengo 60 días, a partir de la notificación, para solicitar una audiencia imparcial. La solicitud debe contener una exposición de los hechos, los motivos por los que considera que tiene derecho a una audiencia imparcial y la compensación deseada. Tiene derecho a solicitar una revisión judicial de la decisión. En una audiencia imparcial, tiene derecho a representarse a sí mismo o ser representado por un pariente, amigo, asesor legal u otro representante autorizado. Tiene derecho a presentar testigos. Tiene derecho a presentar argumentos, cuestionar o desmentir cualquier testimonio o evidencia, incluida la oportunidad de confrontar e interrogar a los testigos adversos, así como presentar evidencia para respaldar el caso. Una audiencia imparcial es una audiencia administrativa ante un funcionario imparcial, y se toma una decisión en un plazo de 45 días a partir de la solicitud inicial de la audiencia.

Para solicitar una audiencia imparcial, envíe su solicitud de manera oral o escrita a la agencia estatal o local en un plazo de 60 días a partir de la fecha de este acuerdo.

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.

10. Entiendo que no puedo recibir los beneficios del programa CSFP en más de un sitio del programa CSFP simultáneamente.
11. Entiendo que el uso o la recepción indebidos de los beneficios del programa CSFP como resultado de la doble participación u otras infracciones del programa, pueden dar paso a un reclamo contra el participante con el objetivo de recuperar el valor de los beneficios que recibió de manera impropia, y pueden dar paso a la descalificación del programa CSFP.
12. Informaré a la agencia local los cambios en los ingresos o la composición familiar en un plazo de 10 días después de que el núcleo familiar tenga conocimiento del cambio.
13. Los paquetes del programa CSFP deben buscarse en:

Ubicación: _____

Persona de contacto: _____

Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____

Necesitará presentar alguna forma de identificación para buscar su paquete.

14. Si participo en el programa CSFP, buscaré los alimentos según las indicaciones, una vez al mes. Si no busca los alimentos (no se presenta) como se indica, puede resultar en que se le excluya del programa.
 - a) Primera ausencia: si no ha buscado sus alimentos del programa CSFP antes de la tercera semana del mes, será contactado por teléfono (los alimentos del programa CSFP que se le asignen, pero que no busque, pueden ser entregados temporalmente a los clientes en la lista de espera).
 - b) Segunda ausencia: si no ha buscado sus alimentos del programa CSFP antes de la tercera semana del mes, por segunda vez, puede ocurrir lo siguiente:
 - Se revisará o acortará su período de certificación.
 - O bien, recibirá una notificación de cambio del estado de elegibilidad del programa CSFP.
 - Deberá comunicarse con nuestra oficina para programar una cita de certificación si desea continuar con la participación en el programa (sujeto a disponibilidad). _____ (iniciales aquí)

Me han informado de mis derechos y obligaciones conforme el Programa Suplementario de Productos Básicos y he recibido una copia de este acuerdo del participante.

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](https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer) (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.