

SOLICITUD DE PARTICIPANTES

Información del hogar: Debe ser completada por el solicitante o representante autorizado					
Nombre del solicitante (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre):		Número de teléfono:		Fecha de solicitud:	
Dirección (Incluya el # de Apto si corresponde):		Ciudad:	Código Postal:	Estado:	Condado:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Edad actual:	Ingreso Bruto Total del Hogar (antes de deducciones): \$ _____			
Tamaño del hogar (Número total de miembros del hogar (incluyendo al solicitante):		☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Cada 2 semanas ☐ Semanal ☐ Sin Ingresos			
		Participa en uno de los programas a continuación: ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) ☐ Subsidio a Bajos Ingresos (LIS por sus siglas en inglés) ☐ Programas de Ahorro de Medicare (MSPs por sus siglas en inglés)			
Directrices de ingresos del CSFP 2025 (150% de la tasa de pobreza)					
Por la presente, certifico que mis ingresos familiares están en o por debajo de las siguientes pautas. ☐ Sí ☐ No					
Tamaño del hogar	Ingresos Anuales	Ingresos Mensuales	Dos veces por Mes	Cada dos Semanas	Ingresos semanales
1	\$23,475	\$1,957	\$978	\$903	\$452
2	\$31,725	\$2,644	\$1,322	\$1,220	\$611
3	\$39,975	\$3,332	\$1,666	\$1,538	\$769
4	\$48,225	\$4,019	\$2,009	\$1,855	\$928
5	\$56,475	\$4,707	\$2,353	\$2,172	\$1,087
6	\$64,725	\$5,394	\$2,697	\$2,489	\$1,245
7	\$72,975	\$6,082	\$3,041	\$2,807	\$1,404
8	\$81,225	\$6,769	\$3,384	\$3,124	\$1,563
Por cada miembro adicional de HH, añada:	\$8,250	\$688	\$344	\$317	\$159
Datos Étnicos/Raciales: Opcional - Los datos no afectarán la consideración de la solicitud de asistencia. Esta información se solicita únicamente para garantizar el cumplimiento de las leyes federales de derechos civiles.					
Categoría étnica (Seleccione una): ¿Es usted hispano o latino? ☐ Sí ☐ No		Categoría racial (Seleccione una o más): ☐ Indio Americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Africano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco Americano			
Información de Representante: Un representante es una persona a la que el solicitante puede autorizar para recoger los paquetes de alimentos de CSFP en su nombre durante un período de tiempo específico. El representante debe tener al menos 18 años de edad y debe presentar una prueba de su identificación para recoger el paquete de alimentos del CSFP. Si desea designar un representante, por favor complete la información a continuación.					
Nombre del representante (debe tener al menos 18 años de edad):		Período de tiempo designado para la recogida de alimentos del CSFP (mes/año):			
USO OFICIAL (Solo para el personal de la agencia local)					
Criterios de Elegibilidad: ☐ Edad ☐ Ingresos ☐ Condado de Residencia La Identificación del Solicitante fue Confirmada ☐					
Fuente(s) de verificación para la identificación, Edad y condado de residencia: ☐ Licencia de conducir ☐ Identificación emitida por el estado ☐ Otros _____					
Nombre del documento (si es otro): _____					
Nombre en letra legible del personal de la agencia local: _____					
Firma del personal de la agencia local _____ Fecha: _____					

CONTINUAR ATRÁS

USO OFICIAL (A ser completado por el SUBRECEPTOR Oficial Solamente)		
Estado: ☐ Elegible (Lista Activa) ☐ Elegible (Lista de Espera)	Método de notificación: ☐ Verbal ☐ Carta	Fecha de notificación:
Período de certificación inicial: De _____ a _____	Período de recertificación: 1. De _____ a _____ 2. De _____ a _____	Fechas de notificación de recertificación 1. _____ 2. _____
Si corresponde: Fecha certificada como activa de la lista de espera:		
Estado: ☐ Inelegible ☐ Descontinuado ☐ Descalificado ☐ Terminado		Fecha de la notificación por escrito:
No elegible/Descontinuado/Descalificado/Finalizado-Motivo:		
SUBRECEPTOR Nombre del funcionario (en letra legible): _____ Título: _____		
SUBRECEPTOR Firma del funcionario: _____ Fecha de determinación: _____		
"De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles". La información sobre el programa puede estar disponible en idiomas distintos del Inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339. Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe cumplimentar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, que puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, a través de cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA antes del: Correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o Correo electrónico: program.intake@usda.gov Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades		
Certificación: Esta solicitud se está completando en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables. También soy consciente de que puede que no reciba beneficios del CSFP en más de un sitio del CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. Se me ha informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para su uso en la determinación de mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa. (Por favor, indique la decisión marcando la casilla correspondiente.) ☐ SÍ ☐ NO		
Firma del solicitante/representante autorizado (marque uno):		Fecha:

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD: Complete la solicitud solo con tinta negra o azul.

A ser completado por el solicitante o representante autorizado

Nombre del solicitante	Enumere el apellido del solicitante, el nombre y la inicial del segundo nombre.
Número de teléfono	Indique el código de área y el número de teléfono del solicitante.
Fecha de solicitud:	Indique la fecha de la solicitud.
Dirección	Indique la dirección de la calle del solicitante y, si corresponde, el número de apartamento.
Ciudad	Indique la ciudad de residencia del solicitante.
Código postal	Indique el código postal del solicitante.
Condado	Indique el condado de residencia del solicitante.
Fecha de nacimiento	Indique el mes, día y año de nacimiento del solicitante.
Edad actual	Indique la edad del solicitante.
Ingreso Bruto Total del Hogar y la frecuencia con la que se recibe	Indique el ingreso bruto total del hogar (antes de las deducciones) y marque la casilla con qué frecuencia se recibe el ingreso (es decir, semanalmente, mensualmente, etc.). Si nadie en el hogar recibe ingresos, marque la casilla Sin ingresos.
Participa en uno de los siguientes programas enumerados.	Indique si el solicitante está actualmente inscrito en uno de los programas de nivel federal o estatal
Tamaño del hogar	Indique el número total de miembros del hogar, incluido el solicitante.
Certificación de Ingresos	Marque sí o no para certificar que los ingresos del hogar están dentro de los límites de las pautas permitidas.
Datos étnicos y raciales	Esta pregunta es opcional para el solicitante. Por favor, seleccione una etnia y luego seleccione una o más categorías de raza.
Representante	Complete solo si autoriza a una persona a recoger el kit de alimentos CSFP en nombre del solicitante. Proporcione el nombre del apoderado y el período de tiempo en el que el solicitante designa a la persona como apoderado.
Declaración de certificación	Lea la declaración de certificación y marque Sí o No.
Firma del Solicitante/Autorizado	La persona para la cual se solicitan los beneficios de CSFP debe firmar la solicitud. Si el
Representante	La solicitud está siendo realizada por un representante autorizado, el representante autorizado puede firmar en nombre del solicitante.
Fecha de la Firma	Indique la fecha en que se firmó la solicitud.

Uso Oficial - Solo para ser completado por el personal de la agencia local

Criterios de elegibilidad/	Una vez que se hayan verificado/confirmado los criterios de elegibilidad y la identificación del solicitante,
Identificación del solicitante	Marque todas las casillas aplicables. Si alguna casilla no puede ser marcada como aplicable, el solicitante no es elegible para participar.
Fuente(s) de verificación	Marque la(s) casilla(s) aplicable(s) para la(s) fuente(s) de verificación utilizadas para verificar/confirmar la identificación, edad y condado de residencia del solicitante (es decir, licencia de conducir, identificación emitida por el estado, etc.) Si se marca "Otro", indique el nombre del documento (es decir, pasaporte, certificado de nacimiento, tarjeta de Medicare, etc.). Una tarjeta de Seguro Social no es una fuente aceptable de verificación.
Nombre en letra legible del personal de la agencia local	Escriba el nombre del personal designado de la Agencia Local que verifica la información en la solicitud.
Firma/Fecha del personal de la agencia local	Proporcione la firma del personal designado de la Agencia Local y la fecha en que se recibe o se toma la solicitud.

Uso oficial: debe ser completado únicamente por el funcionario del sub-recipient

Estado	Indique el estado de determinación de la solicitud (es decir, elegible, no elegible, etc.).
Método de notificación/Fecha	Marque la casilla correspondiente y anote la fecha de la notificación inicial.
Fecha certificada como activa de la lista de espera	Indique la fecha en que el solicitante fue certificado como Activo de la lista de espera.
Período/Fecha de Recertificación	Enumere el período de recertificación y la fecha en que se notificó al solicitante de la recertificación.
Notificación de lista de espera	Indique la fecha en que se notificó al solicitante que estaba siendo colocado en una lista de espera.
No elegible/Motivo de terminación/Fecha	Si un solicitante no es elegible o si un participante es descontinuado, descalificado o terminado, proporcione el motivo y la fecha de la notificación escrita.
Nombre/Título del funcionario SUBRECEPTOR	Nombre y cargo del funcionario SUBRECEPTOR.
SUBRECEPTOR Firma del funcionario	Firma del funcionario SUBRECEPTOR que realiza la determinación de elegibilidad.
Fecha de determinación	Indique la fecha en que se hizo la determinación de elegibilidad/inelegibilidad.