**MUESTRA**

**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 de la calle** (incluya el # de apartamento si corresponde): | | | | | **Ciudad**: | **Cremallera:** | | **Estado**: | **Condado**: |
| **Fecha de nacimiento** (MM/DD/AA): | | | **Edad actual**: | | **Ingreso bruto total del hogar**  (antes de las deducciones): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anual  Mensual  Dos veces al mes  Cada 2 semanas  Semanal  Sin ingresos | | | | |
| **Tamaño del hogar** (Número total de miembros del hogar, incluido el solicitante): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Directrices de ingresos del CSFP para 2024 (150% de la tasa de pobreza)** | | | | | | | | | |
| Por la presente certifico que los ingresos de mi hogar son iguales o inferiores a las siguientes pautas.  Sí  No | | | | | | | | | |
| Tamaño del hogar | Ingresos anuales | | | Ingreso mensual | Dos veces al mes | | Cada dos semanas | | Ingreso semanal |
| 1 | $22,590 | | | $1883 | $942 | | $870 | | $435 |
| 2 | $30,660 | | | $2,555 | $1,278 | | $1,180 | | $590 |
| 3 | $38,730 | | | $3,228 | $1,613 | | $1,490 | | $745 |
| 4 | $46,800 | | | $3,900 | $1,950 | | $1,800 | | $900 |
| 5 | $54,870 | | | $4,573 | $2,287 | | $2,112 | | $1056 |
| 6 | $62,940 | | | $5,245 | $2,623 | | $2,422 | | $1,211 |
| 7 | $71,010 | | | $5,918 | $2,959 | | $2,732 | | $1,366 |
| 8 | $79,080 | | | $6,590 | $3,295 | | $3042 | | $1,521 |
| Para cada miembro adicional de HH, agregue: | $8,070 | | | $673 | $337 | | $312 | | $156 |
| **Datos étnicos/raciales:** SOLO para fines estadísticos | | | | | | | | | |
| **Categoría étnica** (Seleccione una):  ¿Eres 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  Prefiere no revelar | | | | | | | |
| **Información de poder:** Un apoderado es una persona a la que el solicitante puede autorizar para que recoja los paquetes de alimentos de CSFP en su nombre durante un período de tiempo específico. El apoderado debe tener al menos 18 años de edad y debe traer un comprobante de su identificación para recoger el paquete de alimentos CSFP. Si desea designar un apoderado, complete la información a continuación. | | | | | | | | | |
| **Nombre del apoderado** (debe tener al menos 18 años de edad): | | | | | **Período de tiempo designado para  la recogida de alimentos de CSFP** (mes / año): | | | | |

|  |
| --- |
| **USO OFICIAL (Personal de la Agencia Local/Voluntarios)**  Criterios de elegibilidad:  Edad  Renta  Se confirmó la identificación del solicitante del condado de residencia  Fuente(s) de verificación para la identificación,  Edad y condado de residencia:  Licencia de conducir  Identificación emitida por el estado  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del documento (si es otro): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre en letra de imprenta del personal/voluntario de Los Ángeles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del personal de Los Ángeles/Personal voluntario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

CONTINUAR ATRÁS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **USO OFICIAL (Debe ser completado solo por el personal de la agencia local)** | | | |
| **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 la recertificación**  1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Si corresponde: Fecha certificada como activa de la lista de espera:** |
| **Estado:**  Inelegible  Terminado  Descalificado  Terminado | | **Fecha de la notificación por escrito:** | |
| **No elegible/descontinuado/descalificado/terminado-motivo:** | | | |
| **Nombre del personal de Los Ángeles (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Título:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del personal de Los Ángeles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de determinación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| De acuerdo con la 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 o 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 contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita 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  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 en virtud de los estatutos estatales y federales aplicables. También soy consciente de que es posible que no reciba los beneficios de CSFP en más de un sitio de 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 en virtud del programa. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a 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. (Indique la decisión colocando una marca de verificación en la casilla correspondiente).  SÍ  NO | | | |
| **Firma del solicitante/Representante Autorizado (Marque Uno): Fecha:** | | | |

**INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN : Completar la aplicación solo en tinta negra o azul.**

|  |
| --- |
| **Deberá ser cumplimentado por el solicitante o representante autorizado** |

Nombre del solicitante Indique el apellido, el nombre y la inicial del segundo nombre del solicitante.

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 de la calle Indique la dirección 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, el día y el año de nacimiento del solicitante.

Edad actual Indique la edad del solicitante.

Ingreso bruto total del hogar Enumere el ingreso bruto total del hogar (antes de las deducciones) y marque la casilla

y con qué frecuencia se recibe la frecuencia con la que se reciben los ingresos (es decir, semanalmente, mensualmente, etc.). Si nadie en el hogar recibe ingresos, marque la casilla Sin ingresos.

Tamaño del hogar Enumere 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 permitidos de las pautas. Marque Sí, si el solicitante no puede proporcionar prueba de ingresos y declara que los ingresos de su hogar están por debajo del 130% de las pautas actuales de pobreza de ingresos.

Datos étnicos y raciales Esta pregunta es opcional para el solicitante. Seleccione una etnia, luego seleccione una o más categorías de raza. El solicitante también puede seleccionar "Prefiere no divulgar".

Proxy Complete solo si autoriza a una persona a obtener los kits 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/ La persona para la cual se solicitan los beneficios del CSFP debe firmar la solicitud. Si el

Representante Autorizado La solicitud está siendo realizada por un representante autorizado, el representante autorizado puede firmar en nombre del solicitante.

Fecha de firma Indique la fecha en que se firmó la solicitud.

|  |
| --- |
| **Uso oficial: debe ser completado por el personal del sitio de la agencia local / voluntario solamente.** |

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 correspondientes. Si no se puede marcar alguna casilla como corresponde, el solicitante no es elegible para participar.

Fuente(s) de verificación Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para la(s) fuente(s) de verificación utilizada(s) para verificar/confirmar la identificación, la edad y el 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 impreso del personal/voluntario de Los Ángeles Escriba el nombre del personal/voluntario designado de la Agencia Local que verifica la información en la solicitud.

Firma del personal/voluntario de Los Ángeles/Fecha Proporcionar la firma de la persona designada Personal/voluntario de la Agencia Local y la fecha en que se recibe o se toma la solicitud.

|  |
| --- |
| **Uso oficial: debe ser completado solo por el personal de la agencia local** |

Estado - Elegible Activo, Lista de Espera Marque la casilla correspondiente.

Método de notificación/fecha Marque la casilla correspondiente y proporcione la fecha de notificación.

Período de certificación inicial Indique la fecha del período de certificación original.

Período/fecha de recertificación Si corresponde, indique el período de recertificación y la fecha en que se notificó al solicitante su recertificación.

Fecha certificada como activa de la lista de espera Si corresponde, proporcione la fecha en que el participante fue certificado como Activo de la lista de espera.

Estado: No elegible/descontinuado, Marque la casilla correspondiente y proporcione la fecha en que se proporcionó la notificación por escrito.

Descalificado, Terminado - Motivo/Fecha

Nombre/Título impreso del personal de Los Ángeles Escriba el nombre y el cargo del personal de LA.

Firma/Fecha del personal de Los Ángeles El personal de LA que realiza la determinación de elegibilidad/inelegibilidad debe firmar y proporcionar la fecha en que se realizó la determinación de elegibilidad/inelegibilidad.