

División de Servicios para Adultos y
Personas de la Tercera Edad (DAAS)
Programa de Alivio Coordinado del Hambre

SOLICITUD PARA BENEFICIOS

TEFAP CSFP

For DS Use Only
(Solo para uso de DS):
Date:
Client ID#:
DS:

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido: Nombre:

Fecha de nacimiento: Número de personas en el hogar:

Género (Opcional): Masculino Femenino No divulgado

Estado Civil (Opcional): Soltero Casado Divorciado Separado Viudo No divulgado
Matrimonio por convivencia

Dirección (Núm., Calle):

Ciudad: Condado: Estado:

Código postal: Número de teléfono: Sin dirección fija/No divulgada

Tipo de vivienda (Opcional): Refugio de emergencia/Misión/Transición Evacuado Sin hogar
En hogar propio Alquiler privado Vivienda pública (Social)
Con familia o amigos Hogar/Refugio para jóvenes No divulgado Otro

Idioma (Opcional):

Etnia (Se REQUIERE para el CSFP): Blanca/Anglo Negra/Afroamericana Hispánica/Latina
Indígena de la Polinesia Asiática Indígena de los EE.UU.
Nativo de Alaska/Aleutiano/Esquimal Mediorienta/Norafricano Otro

Autoidentificación de (Opcional): Discapacidad No divulgado Veterano Enfermedad mental N/A
Embarazo Posparto Lactancia materna Otro

AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTACIÓN

Entiendo que tengo que recoger mi comida regularmente y que si no recojo mi comida puede terminarse mi participación en el CSFP. En caso de que no puede recoger mi comida, por favor, entréguesela a:

Nombre(s) en letra de molde del representante(s):

Esta solicitud se está llenando en relación con la recepción de asistencia Federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la falsificación deliberada puede ser motivo de procesamiento según los estatutos Estatales y Federales que correspondan. Clientes del CSFP: Soy consciente de que la información proporcionada puede compartirse con otras organizaciones para detectar y evitar la participación doble. Me han informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que proporcioné para mi determinación de 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 programa de asistencia para determinar 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

Certifico que mi ingreso familiar bruto es igual o inferior al índice de pobreza federal aceptable para el programa al que solicito. He revisado la tabla de elegibilidad de ingresos actual y recibí una explicación de los ingresos contables y no contables.

Nombre del Solicitante (En letra de molde):

Firma del Solicitante: Fecha:

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR 1

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación: Cónyuge Hijo/a Padre o Madre Hermano/a Abuelo/a Otro pariente
 Novio/a Amigo/a No divulgado

Género (Opcional): Masculino Femenino No divulgado

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR 2

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación: Cónyuge Hijo/a Padre o Madre Hermano/a Abuelo/a Otro pariente
 Novio/a Amigo/a No divulgado

Género (Opcional): Masculino Femenino No divulgado

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR 3

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación: Cónyuge Hijo/a Padre o Madre Hermano/a Abuelo/a Otro pariente
 Novio/a Amigo/a No divulgado

Género (Opcional): Masculino Femenino No divulgado

EL SOLICITANTE RECIBE LO SIGUIENTE

Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP por sus siglas en inglés)

Programa Suplementario de Comestibles Básicos (CSFP por sus siglas en inglés)

Otro (*Especifique*): _____