

Acuerdo de Prueba de Drogas para Recibir Asistencia Nutricional

Nombre del caso _____ Número de caso _____

Una persona condenada por un delito grave que tiene como elemento del delito “el uso o posesión de una sustancia controlada”, puede ser elegible para Asistencia Nutricional cuando acepta someterse a pruebas de drogas al azar y cumple con al menos uno de los siguientes requisitos.

Actualmente está aceptado en un programa de tratamiento de abuso de sustancias, pero en una lista de espera, sigue inscrito en el programa de tratamiento, y entra en el programa de tratamiento a la primera oportunidad disponible.

Actualmente está aceptado para recibir tratamiento y participa en un programa de tratamiento de abuso de sustancias.

Ha completado exitosamente un programa de tratamiento de abuso de sustancias después de haber sido condenado por un delito.

Un proveedor médico autorizado ha determinado que no necesita tratamiento de abuso de sustancias.

Si está en libertad provisional (probation en inglés) por un delito grave de drogas, satisface los términos de la libertad condicional o ha completado con éxito la libertad condicional.

Nota: La fecha en la que cumpla con el requisito deberá ser después de la fecha de la infracción. La libertad bajo palabra no se tomará como uno de los cinco requisitos indicados anteriormente.

Elija el requisito indicado anteriormente y proporcione verificación para el _____

Este acuerdo corresponde a la infracción actual. Si tal participe perpetrara y se le condenará por otro delito de gravedad que le descalifique, cesará este acuerdo, por lo que deberá tramitarse un acuerdo nuevo.

El no firmar este acuerdo y proporcionar prueba de uno de los requisitos anteriores puede causar que los beneficios de Asistencia Nutricional de su hogar se disminuyan, detengan o denieguen.

Información Importante para Usted
Firme y Feche este Formulario

He leído el acuerdo. Me dispongo a hacerme pruebas de drogas al azar y a presentar comprobantes del requisito elegido.

Si está completando este formulario electrónicamente, escribir su firma con el teclado constituirá una firma válida.

Nombre del participante _____ Fecha de nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

De conformidad con la leyes federal de derechos civiles y las normas y políticas del USDA en materia de derechos civiles el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen en, o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos provenientes de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o venganza por actividades previas en materia de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar recursos y quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información de programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, [AD-3027](#), disponible en línea en [Cómo Presentar una Queja por Discriminación en el Programa](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:

1. Correo:

Food and Nutrition Service
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

2. Correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades.

Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Available in English online or at the local office