

|   |
|---|
| <b>For DS Use Only</b><br><i>(Solo para uso de DS):</i> |
| Date: _____   |
| Client ID#: _____                                       |
| DS: _____   |

# SOLICITUD PARA BENEFICIOS

TEFAP      CSFP

## 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: \_\_\_\_\_ El correo electrónico: \_\_\_\_\_

**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  
Sin dirección fija/No divulgada

**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*): \_\_\_\_\_

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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta entidad es un proveedor que brinda 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. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.