

**ARIZONA DEPARTMENT  
OF ECONOMIC SECURITY  
Administración de  
Asistencia para  
Familias (DES/FAA)  
Sistema de Contención  
de Costos del Cuidado  
de la Salud de  
Arizona (AHCCCS)  
PÁGINAS DE FIRMA DE  
LA SOLICITUD**

**Vea las páginas 64-70  
para leer la declaración  
de USDA/EOE/ADA**

# **DECLARACIONES PARA ASISTENCIA MÉDICA, ASISTENCIA NUTRICIONAL Y ASISTENCIA EN EFECTIVO**

**Por favor, lea lo siguiente  
antes de que firme su  
solicitud:**

- **¿Qué se espera de mí?**
- **¿Cuáles son mis derechos?**
- **¿Cuáles son las reglas y sanciones?**
- **Asignación de derechos a otros beneficios**

# **¿Qué se espera de mí?**

**Para todos los programas:**

- **Usted debe proporcionar al DES y/o AHCCCS la información necesaria para determinar correctamente sus derechos y autorizar al DES y/o AHCCCS a investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para verificar la exactitud de la información para su elegibilidad.**

- **Si está aprobado/a para recibir beneficios, recibirá una carta explicándole los cambios que tiene que informar. Usted TIENE que informar sus cambios oportunamente y darnos pruebas de los cambios.**

## **Expectativas específicas de los programas:**

- **Si solicita ayuda con Asistencia Médica de AHCCCS, ayuda con costos de Medicare, y/o Asistencia en**

**Efectivo, usted debe tomar las medidas necesarias para obtener cualquier anualidad, pensiones, jubilación y beneficios por incapacidad a los que usted pueda tener derecho, incluso, pero sin limitarse a, beneficios de Seguro Social, jubilación ferroviaria, beneficios de veteranos y compensación por desempleo.**

- **Para la Asistencia Médica de AHCCCS y/o**

**Asistencia en Efectivo, tiene que darnos cualquier información que tenga sobre un padre ausente. Si tiene alguna razón para no divulgar esta información (tal como adopción pendiente, abuso, incesto, negligencia, etc.) puede alegar que tiene justificación. Usted debe cooperar con la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS, por sus siglas en inglés)**

**para establecer la paternidad, a menos que pueda comprobar una justificación.**

- **Para la Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo, tiene que informarnos de sus gastos y proporcionar pruebas para recibir las deducciones de los siguientes gastos: manutención médica para menores ordenada por el tribunal que se ha pagado, gastos**

**de cuidado de dependientes menores o adultos, gastos médicos, costos de transporte a y desde el proveedor de atención médica o cuidado diario de un menor o adulto dependiente, pagos de renta o hipoteca, servicios públicos u otros costos de albergue.**

**¿Cuáles son mis derechos?**

**Usted tiene DERECHO a:**



- **Tratamiento cortés y profesional.**
- **Ser tratado de manera justa e igual sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias políticas.**
- **Solicitar beneficios y recibir una carta diciéndole si es elegible o no, y/o recibir una carta antes de que se reduzcan o suspendan sus beneficios.**

- **Revisar los manuales de política del DES y AHCCCS que muestran las reglas y regulaciones de Asistencia Médica de AHCCS, Programa de Ahorros de Medicare, Asistencia Nutricional, Asistencia en Efectivo y Control de Tuberculosis si desea saber la razón de nuestra decisión.**
- **Hablar sobre su caso con un trabajador o supervisor.**

- **Que toda la información que proporcione con respecto a su elegibilidad se mantenga confidencial de acuerdo con las leyes estatales y federales.**
- **Pedir una apelación si usted no está de acuerdo cuando se le deniega su solicitud, se le suspenden sus beneficios, o se le reducen, o si no se toma una decisión sobre su solicitud**

**dentro de la cantidad de días permitida y el atraso se debe al DES o AHCCCS.**

- **Revisar su archivo antes de la apelación.**
- **Llevar consigo a un abogado o cualquier otra persona a la apelación.**
- **Solicitar beneficios de Asistencia Nutricional por separado o al mismo tiempo que solicita para otros programas indicados en la solicitud. Todas las solicitudes de**

**Asistencia Nutricional, independientemente de si se tratan de solicitudes conjuntas o separadas, deben procesarse para los fines de Asistencia Nutricional conforme a los requisitos de procedimiento, puntualidad, aviso y apelación. Ningún hogar tendrá sus beneficios de Asistencia Nutricional denegados solamente basándose en que se ha denegado otro**

**programa al que se ha solicitado. Tiene que llevarse a cabo una determinación separada para Asistencia Nutricional. Cuando se deniega otro programa para el que ha solicitud, no se habrá de exigir una nueva solicitud de Asistencia Nutricional. La elegibilidad se determinará basándose en los plazos de procesamiento de la Asistencia Nutricional**

**desde la fecha en que se aceptó inicialmente la solicitud conjunta por la agencia estatal.**

**Para presentar una denuncia por discriminación, comuníquese con:**

**(Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.)**

**(Oficina de Derechos Civiles)**

**U.S. Department of Health and Human Services,**

**Office for Civil Rights  
200 Independence  
Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH  
Building  
Washington, DC 20201**

**Teléfono de voz:  
(202) 368-1019**

**Fax: (202) 619-3818**

**TTY: (800) 537-7697**

**Línea gratuita:  
(800) 368-1019**

**Formulario: [https://  
www.hhs.gov/civil-  
rights/filing-a-  
complaint/complaint-  
process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)**



**Correo electrónico:**  
**[OCRCComplaint@hhs.gov](mailto:OCRCComplaint@hhs.gov)**

**Formulario: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>**

**Food and Nutrition  
Service  
1320 Braddock Place,  
Room 334  
Alexandria, VA 22314  
Fax: (833)256-1665 or  
(202) 690-7442**

**Correo electrónico:**  
**[FNSCIVILRIGHTS](mailto:FNSCIVILRIGHTS@usda.gov)**  
**[COMPLAINTS@usda.gov](mailto:COMPLAINTS@usda.gov)**

**Si desea ayuda para  
llenar el formulario,  
puede llamar al:  
(833) 620-1071 (Línea  
gratuita de servicio al  
cliente)  
(800)877-8339  
(Usuarios del servicio de  
retransmisión de voz)**

**¿Cuáles son las reglas y  
sanciones?**

**Si usted, su  
representante o cualquier**

**miembro de su hogar  
oculta información o  
divulga información  
falsa con el propósito  
de recibir o continuar a  
recibir beneficios a los  
que no tiene derecho,  
dicha persona estará  
sujeta a:**

- **Acción penal**
- **Multas**
- **Encarcelamiento**
- **Otras sanciones  
conforme a las leyes  
estatales y federales**

**Si obtiene Asistencia  
Nutricional y/o Asistencia**

**en Efectivo, usted tiene que obedecer las siguientes reglas:**

- **Para la Asistencia en Efectivo, es obligatorio que coopere con una investigación de fraude. La falta de cooperación puede resultar en el cierre del caso y la conclusión de los beneficios dentro de los diez (10) días a partir del aviso de conclusión de la agencia.**

- **No hacer declaraciones falsas u ocultar información. Si no dice la verdad, tendrá que reembolsarle al DES los beneficios que reciba y puede ser llevado a juicio.**
- **No hacer nada deshonesto para obtener beneficios a los que usted no tiene derecho.**
- **No comprar, vender, comerciar, intercambiar o transferir de otro modo los beneficios de**

# **Asistencia Nutricional o tarjeta EBT suyos o de otra persona.**

- **No comprar recipientes con depósitos para el fin de descartar el producto y devolver los recipientes para obtener depósitos de reembolso de dinero en efectivo.**
- **No vender los productos comprados con los beneficios de Asistencia Nutricional para cambiarlos por dinero en efectivo u**

**otros artículos que no sean alimentos permitidos.**

- **No comprar productos comprados originalmente con beneficios de Asistencia Nutricional para intercambiarlos por dinero en efectivo o artículos que no sean alimentos permitidos.**
- **No robar beneficios de Asistencia Nutricional o Asistencia en Efectivo.**
- **No usar beneficios de Asistencia Nutricional**

**para comprar artículos que no son alimentos, tales como alcohol y tabaco.**

- **No alterar una tarjeta EBT.**
- **No usar la tarjeta EBT de otra persona a menos que usted sea un usuario autorizado aprobado por el DES.**

**Usted o un miembro de su hogar no tienen derecho a beneficios de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo si usted o el miembro de su**



## **hogar:**

- **Es un delincuente prófugo o alguien que está infringiendo en su régimen de libertad provisional (probation en inglés) o libertad condicional (parole en inglés).**
- **Ha sido condenado o declarado culpable en un tribunal de usar o recibir beneficios de Asistencia Nutricional en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones**

**o explosivos. Esta persona nunca podrá volver a recibir beneficios de Asistencia Nutricional.**

- **Ha sido declarado culpable de usar o recibir beneficios de Asistencia Nutricional en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada. Esta persona no es elegible para recibir beneficios de Asistencia Nutricional por 2 años por la primera**

**infracción y de manera permanente por la segunda infracción.**

- **Tienen sancionados sus beneficios de Asistencia en Efectivo. Se sancionarán al 50% por el primer incidente y al 100% por el segundo incidente si cualquier adulto ha renunciado voluntariamente a un trabajo sin una justificación o ha vendido, poseído o usado una sustancia controlado en violación**

**del Título 13 de ARS.  
Vea la conclusión de  
la sanción de CA por  
condena relacionada a  
las drogas.**

- **A sabiendas rompe  
las reglas para  
recibir beneficios de  
Asistencia en Efectivo.  
Lo descalificaremos de  
recibir beneficios de  
Asistencia en Efectivo  
por 6 meses por la  
primera infracción, 12  
meses por la segunda  
infracción y de  
manera permanente  
por todas las demás**

## **infracciones.**

- **A sabiendas rompe las reglas para recibir beneficios de Asistencia Nutricional. Lo descalificaremos de recibir beneficios de Asistencia Nutricional por 12 meses por la primera infracción, 24 meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción. Además puede recibir una multa de hasta \$250,000, ser encarcelado**

**por hasta 20 años o ambos. Usted y/o los miembros de su hogar pueden estar sujetos a otros enjuiciamientos conforme a leyes federales, y un tribunal puede ordenar una descalificación adicional de hasta 18 meses.**

- **Ha cometido y ha sido condenado por un delito federal o estatal en o después del 23 de agosto de 1996 por la posesión, uso o distribución de una**

**sustancia controlada. Vea la excepción para recibir Asistencia Nutricional cuando existe una condena relacionada a las drogas a continuación.**

- **Un tribunal lo ha encontrado culpable de haber divulgado información falsa de identificación o residencia para poder obtener beneficios en más de un caso. Esta persona no es elegible para recibir beneficios por 10 años.**

- **Si un tribunal de justicia lo declara culpable de haber traficado beneficios por una cantidad total de \$500 o más, no será elegible para participar en el programa de manera permanente al primer incidente de dicha infracción.**
- **Las agencias estatales tienen que usar el sistema de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de**



**Beneficios (SAVE, por sus siglas en inglés). El estado de extranjero de los solicitantes puede estar sujeto a verificación por USCIS mediante el envío de información de la solicitud a USCIS, y que la información enviada recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios del hogar.**

- **Para la Asistencia en Efectivo, si no firma ni cumple con el Acuerdo**

**de Responsabilidad Personal (PRA, por sus siglas en inglés). Le entregamos el PRA durante el proceso de la entrevista.**

- **Es un adulto (18 años o mayor) que recibe de Asistencia en Efectivo cuando cualquiera de lo siguiente corresponde:**
  - **El beneficiario no devuelve la Declaración sobre el Uso de Drogas Ilegales. Nosotros enviamos la**

**Declaración sobre el Uso de Drogas Ilegales por el correo de los EE. UU. después de que se haya aprobado la Asistencia en Efectivo.**

- **El beneficiario no toma una prueba de detección de drogas requerida.**
- **El beneficiario no pasa la prueba de detección de drogas.**
- **Excepción para recibir Asistencia Nutricional cuando existe una**

# **condena relacionada a las drogas:**

**Una persona condenada por un delito grave que tiene como elemento “el uso o posesión de una sustancia controlada”, puede ser elegible para recibir Asistencia Nutricional si la persona está de acuerdo con tomar pruebas de detección de drogas al azar y satisface al menos uno de lo siguiente:**

- **Actualmente**

**está aceptado en un programa de tratamiento de abuso de sustancias, pero está en una lista de espera. La persona sigue inscrita 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 del delito en cuestión.**
- **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  
relacionado a las  
drogas, cumple con  
las condiciones de la  
libertad provisional  
o ha completado  
exitosamente la  
libertad provisional.**

**Usted tiene que  
reembolsarle al DES  
cualquier beneficio de  
Asistencia Nutricional y/o  
Asistencia en Efectivo  
que usted recibió y para  
el que su hogar no tenía  
elegibilidad. Puede llegar  
a un acuerdo de pagos.**

**Si usted no cumple con el acuerdo de pagos, podemos reducir sus beneficios de Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo, tomar sus reembolsos de los impuestos sobre la renta, o tomar otra acción legal, incluso tomar las cantidades de sus ganancias.**

**Conclusión de la sanción de CA por condena relacionada a las drogas**  
**La persona que es condenada el 9 de agosto de 2017 o después,**



**puede concluir la sanción por otras personas en el hogar cuando está de acuerdo con tomar pruebas de detección de drogas al azar y satisface al menos uno de los siguientes criterios:**

- **Ha completado exitosamente o ha sido aceptado a un programa de tratamiento de abuso de sustancias. La persona también satisface este criterio si es cualquiera de lo siguiente:**

- **Actualmente está aceptado en un programa de tratamiento de abuso de sustancias, pero está en una lista de espera. La persona sigue inscrita 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.**

- **Un proveedor médico autorizado ha determinado que no necesita tratamiento de abuso de sustancias.**
- **Si corresponde, satisface con todas las condiciones de libertad provisional (probation en inglés) relacionadas con la condena por la que fueron sancionados.**

**Se descalificará permanentemente a la persona declarada culpable de un delito grave relacionado a las drogas. Los beneficios restantes del miembro de la unidad presupuestaria pueden restaurarse el mes siguiente después de que concluya la sanción.**

**Conclusión de la sanción de CA por haber renunciado voluntariamente**

**Los beneficios del cliente se devolverán al nivel de beneficios anterior para**

**el mes siguiente después de que se haya impuesto la sanción mínima de un mes.**

## **ADVERTENCIA DE SANCIÓN**

**La información proporcionada puede ser verificada por oficiales federales, estatales y locales. Si cualquier información es incorrecta, los beneficios pueden denegarse.**

**Usted no debe ocultar o dar información falsa a sabiendas con**

**la intención de recibir o continuar a recibir beneficios del DES y/o AHCCCS a los cuales no tiene derecho.**

**Se le requerirá reembolsarle al DES y/o AHCCCS cualquier beneficio que usted recibe como resultado de ocultar o dar información falsa y estará sujeto a proceso penal.**

**Es un fraude que cualquier persona oculte información a sabiendas con la intención de**

**recibir o continuar a recibir beneficios a los cuales no tienen derecho. Cualquier persona declarada culpable de fraude puede estar sujeta a multas, proceso penal, encarcelamiento u otras sanciones conforme a las leyes Estatales y Federales.**

**Asignación de derechos a otros beneficios:**

**Para la Asistencia Médica de AHCCCS:**

**Entiendo que, si yo o los miembros de mi hogar**

**recibimos aprobación para beneficios de Asistencia Médica, AHCCCS puede cobrarle el pago a cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar por mis/nuestros gastos médicos. Esto incluye:**

- **Seguro médico privado o patrocinado por el empleador (sin incluir Medicare)**
- **Personas, tales como un cónyuge o padre ausente, que tienen la responsabilidad legal de proporcionar ayuda**



## **con gastos médicos**

- **Seguro por incapacidad privado o patrocinado por el empleador**
- **Seguro de accidentes privado o patrocinado por el empleador**
- **Reclamaciones de seguro, compensaciones del jurado o acuerdos legales por lesiones**

**Entiendo que AHCCCS no puede cobrar más que los costos pagados por AHCCCS. También**

**entiendo que tengo que dar información sobre otras partes responsables y tomar cualquier acción necesaria para recibir ayuda con los gastos médicos. Esto incluye establecer la paternidad para mis hijos, a menos que yo pueda probar causa justa para no hacerlo.**

**Entiendo que DES y/o AHCCCS y/o sus contratistas divulgan información a la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS)**

**del DES, para un padre que no vive en el hogar y cuyo menor tiene seguro de salud de AHCCCS o privado. La DCSS puede usar esta información para obtener una orden de ayuda con gastos médicos.**

**Para la Asistencia en Efectivo:**

**Las leyes estatales y federales (A.R.S. 46-407) disponen que los derechos legales de sustento para menores y pensión conyugal tienen**

**que asignarse al Estado de Arizona para todas las personas que reciben Asistencia en Efectivo.**

**Entiendo que:**

- **Mientras se recibe Asistencia en Efectivo, el Estado tiene el derecho a mantener las cobranzas del sustento para menores y pensión conyugal, incluso el sustento o pensión conyugal que se debía mientras se pagó la Asistencia en Efectivo.**

- **Cuando se suspende la Asistencia en Efectivo, se me pagarán los pagos de sustento actuales. El estado puede continuar a cobrar cualquier pago para sustento atrasado (atrasos asignados) que se debía antes y durante el tiempo en que recibí Asistencia en Efectivo.**
- **Los pagos de sustento para menores se usarán para pagarle al estado por la Asistencia en**

**Efectivo pagada a mí o a alguien en mi solicitud.**

- **El Estado no mantendrá más de mi sustento actual o atrasos asignados cobrados que la cantidad total de Asistencia en Efectivo que recibí.**
- **El Estado no mantendrá cualquier atraso que sea mayor que la cantidad total de Asistencia en Efectivo que recibí.**

## **Divulgación de información:**

**Autorizo al DES y/o AHCCCS a investigar y comunicarse con cualquier fuente necesaria para establecer elegibilidad y la exactitud de información financiera relacionada a la elegibilidad.**

## **Declaración de veracidad**

**Al firmar esta solicitud:**

- **Acepto que he leído y entiendo las reglas y sanciones. He leído y entiendo mis derechos**

**y responsabilidades, y proporcione los números de Seguro Social para cada solicitante que tiene un número de Seguro Social.**

- **Acepto que he leído y entiendo la asignación de los derechos a otros beneficios para la Asistencia Médica arriba indicada.**
- **Acepto que he leído y entiendo la asignación de derechos para Asistencia en Efectivo arriba indicada.**



- **Estoy de acuerdo en que ciertos miembros del hogar que reciben Asistencia Nutricional y/o Asistencia en Efectivo cooperarán con los programas de trabajo, lo que incluye buscar trabajo y aceptar capacitación y/o un trabajo. Si alguien no busca, ni buscará trabajo, no asiste a capacitación, ni acepta un trabajo, se pueden reducir o suspender mis beneficios.**

- **Estoy de acuerdo con cooperar con el personal Federal o de Arizona en la finalización de la revisión de control de calidad de mis derechos para recibir beneficios.**
- **En el caso de que el DES o sus agentes lleven a cabo actividades de ejecución de sustento para menores que me involucren, entiendo que el Subprocurador General**

**y los Abogados de la Fiscalía del Condado se encargan de los casos representando al DES, y no a mí ni a mis niños.**

- **Si mi caso de sustento para menores va al tribunal, entiendo que cierta información personal contenida en esta solicitud o mis expedientes del DES pueden divulgarse al tribunal y a otras partes del caso y se convierte en un documento del**

**registro público.**

- **También estoy de acuerdo en aceptar notificación de actos procesales por correo de primera clase sobre cualquier proceso judicial de paternidad o sustento para menores iniciados por el DES y sus agentes.**
- **Entiendo que mis expedientes se mantendrán confidenciales y sólo se divulgarán para fines autorizados por la ley federal y estatal.**

- **Entiendo que se me puede requerir pagar una prima si me inscribo en KidsCare o el programa Freedom to Work.**

**Affirmo bajo pena de perjurio que las declaraciones y documentos proporcionados sobre mí y las personas en mi hogar, que se relacionan con mi elegibilidad para beneficios, incluso cualquier información relativa a la ciudadanía y/o el**

**estado de extranjero,  
son verdaderos y  
correctos según mi  
mejor saber y entender,  
y que no he ocultado  
ninguna información.  
Affirmo bajo pena de  
perjurio que cualquier  
información fotocopiada  
que he proporcionado  
es la misma que los  
documentos originales.  
Para Asistencia  
Nutricional y Asistencia  
en Efectivo, también  
afirmo bajo pena  
de perjurio que las  
declaraciones con**

**respecto a condenas por delitos graves y el cumplimiento de la libertad condicional/provisional son verdaderas y correctas.**

**Firma**

***¡Importante! Solo el solicitante o su representante autorizado pueden firmar esta solicitud.***

**Solicitante 1: \_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_**

**Solicitante 2: \_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_**

**Testigo (*si el solicitante firmó con una marca*):**

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

---

**Nombre Legal del cliente:**

---

**ID de solicitud Health-e-Arizona PLUS:**

---

**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), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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. Personas**

**con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse 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 que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una**

**carta dirigida al 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 por:**

- 1. correo:**  
**Food and Nutrition  
Service, USDA  
1320 Braddock Place,  
Room 334  
Alexandria, VA  
22314; o**
  
- 2. fax:**  
**(833) 256-1665, o  
(202)-690-7442; o  
bien por**
  
- 3. correo electrónico:**  
**[FNSCIVILRIGHT  
SCOMPLAINTS@usda.  
gov](mailto:FNSCIVILRIGHT<br/>SCOMPLAINTS@usda.<br/>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. • Available in English on-line or at the local office.**