

**SOLICITUD DE REFERENCIA DEL BENEFICIARIO DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS (USDA por sus siglas en inglés)**

TEFAP CSFP

**INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN**

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado del programa: \_\_\_\_\_

Número telefónico del empleado de la organización: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del empleado de la organización: \_\_\_\_\_

**SU USO DE ESTE FORMULARIO ES VOLUNTARIO**

Si se opone a recibir nuestros servicios basándose en el carácter religioso de nuestra organización, complete este formulario y devuélvalo a la persona de contacto del programa identificada anteriormente.

Si se opone al carácter religioso de nuestra organización, debemos hacer esfuerzos razonables para identificar y referir a un proveedor alternativo al que no tenga objeción. Sin embargo, no podemos garantizar que en todos los casos haya un proveedor alternativo disponible.

**Por favor, marque la casilla si usted desea ser referido a otro proveedor de servicio.**

**INFORMACIÓN SOBRE LA UBICACIÓN DEL PROVEEDOR ALTERNATIVO DE SERVICIO (ASP por sus siglas en inglés)**

Para encontrar ubicaciones de TEFAP/CSFP en su área, visite: [des.az.gov/services/basic-needs/food-assistance](https://des.az.gov/services/basic-needs/food-assistance)

\*Desplácese hasta la parte inferior y haga clic en el programa sobre el que desea obtener más información.

También puede encontrar bancos de alimentos visitando: [azfoodbanks.org/get-food](https://azfoodbanks.org/get-food)

Nombre de la organización del ASP: \_\_\_\_\_

Dirección de distribución del ASP: \_\_\_\_\_

Número telefónico de contacto para el programa del ASP: \_\_\_\_\_

Días u horario de distribución del ASP (si se conocen): \_\_\_\_\_

**SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN**

Fecha de la objeción: \_\_\_\_\_

**Estado de la referencia:**

El cliente fue remitido a la organización mencionada anteriormente utilizando recursos de agencias no estatales.

El cliente fue remitido a la organización mencionada anteriormente utilizando recursos de la agencia estatal.

El cliente se fue sin una referencia

No había proveedores de servicios alternativos disponibles (*resuma en el reverso de este formulario los esfuerzos realizados para identificar un proveedor de servicios alternativo; incluya los contactos realizados con la agencia estatal o el banco de alimentos regional*).

Personal de la organización: Si no había proveedores de servicios alternativos disponibles, resuma los esfuerzos realizados para identificar un proveedor alternativo en el cuadro a continuación. Incluya en su resumen los contactos realizados con el personal de la agencia estatal o del banco de alimentos regional.

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office