

**EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA EN CASOS DE NECESIDAD (TEFAP)
SOLICITUD DE RECOMENDACIÓN PARA EL BENEFICIARIO****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 usted se opone a recibir servicios de nosotros basándose en carácter religioso de nuestra organización, por favor, llene este formulario y devuélvalo a la persona de contacto del programa identificada anteriormente.

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

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

Información sobre la ubicación del Proveedor Alternativo de Servicio (ASP por sus siglas en inglés)

Ubicaciones del TEFAP (mapas en línea) <https://des.az.gov/emergency-food-assistance-program-tefap-locations>

Ubicaciones adicionales (mapas en línea) <http://www.azfoodbanks.org/index.php/foodbank/>

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): _____

Solamente para el uso del personal de la organización**Fecha de la objeción:****Estado de la recomendación:**

- Se le recomendó al cliente una organización indicada anteriormente usando recursos de una agencia no estatal.
- Se le recomendó al cliente una organización indicada anteriormente usando recursos de una agencia estatal.
- Se quedó sin una recomendación el cliente.
- No estuvo disponible ningún proveedor alternativo de servicio (escriba un resumen de los esfuerzos hechos para identificar a un proveedor alternativo de servicio en el reverso de este formulario; incluya los contactos hechos con la agencia estatal o el banco de comida regional).

Personal de la organización: Si no estuvo disponible ningún proveedor alternativo de servicio, escriba un resumen de los esfuerzos hechos para identificar a un proveedor alternativo de servicio en la casilla de a continuación. En su resumen, incluya los contactos hechos con el personal de una agencia estatal o un banco de comida regional.

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la Ley de Derechos Civiles Federal y las normas y políticas sobre los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen basado en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividad previa de derechos civiles en algún programa o actividad administrado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario llenado o su carta al 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica)

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. 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.