

# APLICACION PARA EL PROGRAMA DE ALIMENTOS SUPLEMENTARIOS



APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL DE 2DO NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE CORREO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 (si diferente) Ciudad Código Postal

CONDADO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 (MM/DD/AAAA)

EMAIL (opcional) : \_\_\_\_\_

## COMPLETE ESTA SECCION PARA TODAS LAS DEMAS PERSONAS EN SU HOGAR:

APELLIDO,	NOMBRE	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

Miembros del Hogar	Ingreso Mensual Máximo del Hogar	Ingreso Anual Máximo del Hogar
1	\$1,287	\$15,444
2	\$1,736	\$20,826
3	\$2,184	\$26,208
4	\$2,633	\$31,590
5	\$3,081	\$36,972
6	\$3,530	\$42,354
7	\$3,980	\$47,749
8	\$4,430	\$53,157
Por cada miembro de la familia adicional agregue:	\$ 451	\$ 5,408

### CAMBIOS DE SITUACION FINANCIERA:

Espera cambios en su situación financiera o arreglos de vivienda en los próximos meses?

- Si – Si es así, por favor explique:  
 No

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Por este medio, verifico que cumpla con el requisito requerido de ingresos y califico para participar en el Programa de Alimentos Suplementarios.**

- Si, si cumpla con el ingreso mínimo requerido para participar en el CSFP  
 No, no cumpla con el ingreso mínimo requerido para participar en el CSFP

### Datos Étnico Racial (Opcional)

Es de origen Hispano o Latino?  Si  No

Cuál es su Raza? (Seleccione una o más)	INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	ASIATICO	NEGRO O AFROAMERICANO	NATIVO HAWAIIANO O OTRO ISLA DEL PACIFICO	BLANCO

Los datos raciales y/o étnicos reunidos en este formulario no tendrán efecto en la determinación de la elegibilidad de su vivienda. Gracias por llenar este formulario y tan completo como posible. El gobierno federal esta requiriendo esta información con el cabo de monitorear el cumplimiento con los estatutos federales que prohíben programas de asistencia federal discriminar a solicitantes sobre esta base. La información obtenida será confidencial e utilizada solo para análisis estadístico. Información racial e étnica es voluntaria.

**REPRESENTANTE AUTORIZADO (Proxy):** Usted puede autorizar a otra persona que recoja sus alimentos por usted.

Al firmar este formulario, autorizo (Nombre): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ para proporcionar información al Idaho Foodbank de mi parte con respecto al CSFP. Además autorizo al Idaho Foodbank acceso a registros con el fin de verificar información proveída.

**Antes de firmar, se consciente de sus derechos y lo que su firma significa:**

- ✓ Normas de participación en el Programa son iguales para todos sin importar la raza, color, origen nacional, sexo, edad, y discapacidad.
- ✓ Usted puede apelar cualquier decisión tomada por la agencia local respecto a su negación o la terminación del programa.
- ✓ Se le dará referencias a servicios de nutrición, salud, y sociales, y se le recomendará encontrar asistencia necesaria.
- ✓ Si su aplicación es aprobada, la agencia local le hará disponible educación nutricional y usted será recomendado a que participe.

Esta aplicación se está completando en relación con el recibo de asistencia federal. Oficiales del programa podrían verificar la información en esta forma. Entiendo que la falsificación deliberada, me expone a la prosecución bajo leyes estatales y federales aplicables. También soy consciente de que no puedo recibir beneficios de CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo; y el uso inadecuado o recepción de beneficios de CSFP como resultado de participación doble u otra violación del programa puede llevar a un demanda contra mí para recuperar el valor de los beneficios y puede llevar a la descalificación de CSFP. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir doble participación. Se me ha informado de mis derechos y obligaciones bajo el Programa. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en esta forma de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para su uso en la determinación de mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y para fines difundir el programa.

Si  No Por favor indique su decisión colocando una marca en la casilla apropiada.

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:**

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de 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 sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la 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, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), 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. Haga llegar su formulario lleno o 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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**\*\*\*\*\* FOR DISTRIBUTING PARTNER AGENCY USE ONLY \*\*\*\*\***

Identity Verified: <input type="checkbox"/> Describe Proof:	Residency Verified: <input type="checkbox"/>
Distributing Partner Signature: X _____	Distributing Agency Name:

**\*\*\*\*\* FOR LOCAL AGENCY (IFB) USE ONLY \*\*\*\*\***

The Idaho Foodbank CSFP Coordinator Signature: X _____	Date Certified:	Added to Waitlist: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Date:	Period of Certification: First Month: Last Month:
---	-----------------	---	---