



Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP) Formulario de Solicitud

W-1704S
(Rev 2/19)

Uso de personal solamente

Application date _____

End date _____

(Por favor llene una solicitud por separado para cada persona que esté solicitando)

Nombre: _____

Dirección de calle: _____ N° Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Dirección electrónica: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° teléfono principal: _____ Otro N° de teléfono: _____

N° total de personas en el hogar: _____ N° de personas mayores de 60 años en el hogar: _____

¿Otra persona va a recoger sus alimentos de CSFP? Sí (llenar "Formulario de Suplente") No
Por favor indique su raza y origen étnico para propósitos de recopilación de datos. La provisión de esta información opcional no afectará su elegibilidad.

Origen étnico

- Hispano(a) o latino(a)
- No hispano(a) o latino(a)

Raza (puede marcar más de uno)

- Indígena americana o de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Indígena de Hawai
- Blanca

Por favor conteste las siguientes preguntas:

	SÍ	NO
(1) ¿Actualmente estás recibiendo alimentos a través de CSFP?		
(2) ¿Has recibido alimentos a través de CSFP en el pasado?		
(3) ¿Es el ingreso bruto de su hogar menos de la cantidad indicada abajo?		
(4) ¿Cuánto es el ingreso bruto mensual de su hogar? \$		

Ingreso Bruto para Todos los Miembros de la Unidad Familiar		
130% de los Lineamientos Federales de Pobreza		
Tamaño de Unidad Familiar	Ingreso Mensual	Ingreso Anual
1	\$1,354	\$16,237
2	\$1,832	\$21,983
3	\$2,311	\$27,729
4	\$2,790	\$33,475
5	\$3,269	\$39,211
6	\$3,748	\$44,967

Derechos y Responsabilidades de Solicitante

Y me comprometo a:

- Proporcionar prueba de mi dirección e identificación.
- Dar información correcta sobre mi hogar e ingreso actuales.
- Informar a mi agencia local si hay cambio de mi dirección, ingreso o la composición de mi hogar dentro de 10 días de estar consciente del cambio

Yo comprendo que:

- La Agencia local de CSFP hará referidos a programas de nutrición, salud o asistencia según sea aprobado.
- La Agencia local de CSFP hará disponible educación de nutrición para todos los participantes del programa.
- Se me dará de baja del programa si yo participo en otro programa de CSFP. El uso o recibo indebido de beneficios de CSFP como resultado de doble participación u otras violaciones del programa conducirá a un reclamo contra usted para recuperar el valor de los beneficios, y podría resultar en descalificación del CSFP.
- Si yo no recojo los alimentos 2 meses seguidos, y no me comunico con la agencia local para informarles, podré ser eliminado(a) del programa.
- Puedo ser descalificado si vendo alimentos CSFP o cambio alimentos CSFP para artículos no alimentarios
- Se podría descalificarme si yo intencionalmente hago declaraciones falsas o engañosas, ya sea oralmente o por escrito.
- Se podría descalificarme si yo intencionalmente oculto información relacionada con la elegibilidad para CSFP.
- Se podría descalificarme si yo físicamente abuso, o amenazo con abusar físicamente, a personal del programa.
- Tengo el derecho de apelar por medio del proceso de audiencia justa, cualquier decisión tomada por la agencia local de CSFP respecto a una denegación, descalificación o eliminación del programa. Se debe enviar por correo o faxear una solicitud de audiencia al:

Department of Social Services
Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings
55 Farmington Ave
Hartford, CT 06105

El número de fax es (860) 424-5729. Las solicitudes de audiencia tienen que hacerse por escrito dentro de 60 días de la fecha de la carta de denegación, descalificación o terminación.

- Se está llenando esta solicitud en conexión con el recibo de asistencia Federal. Oficiales del programa podrán verificar la información en este formulario. Yo estoy consciente de que una falsedad deliberada podría someterme a la interposición de acción judicial bajo las aplicables leyes Estatales y Federales. Yo estoy consciente además de que yo no puedo recibir beneficios de CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, yo estoy consciente de que la información proporcionada podrá ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir una doble participación. Yo he sido informado(a) de mis Derechos y Obligaciones para el programa. Yo certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.

Yo autorizo la divulgación de información proporcionada en esta solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para uso en la determinación de mi elegibilidad para participación en otros programas de asistencia pública y para propósitos de extensión de programa. Por favor indique su decisión marcando una de las casillas: Sí No

Al leer, firmar y fechar este formulario, yo reconozco que se me ha informado sobre mis derechos y obligaciones bajo el programa. Doy fe de que la información proporcionada es correcta y completa. Yo comprendo que tengo que informar a la agencia local de CSFP respecto a todo cambio de ingreso, dirección o composición del hogar dentro de 10 días.

Firma

Fecha

Declaración 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. 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

USO DEL PERSONAL SOLAMENTE

APPROVED _____ END DATE OF CERT. PERIOD _____

DATE PUT ON WAIT LIST _____ DENIED _____

LETTER OF FAIR HEARING GIVEN _____

PRINTED STAFF NAME _____

SIGNATURE _____

DATE _____

COMMENTS:

