



PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE PRODUCTOS BÁSICOS FORMULARIO DE SUSTITUTO

W-1707S
(Rev. 4/16)

Nombre de participante de CFSP: _____

Número de teléfono: _____

Yo doy permiso a la persona/organización indicada abajo para que recoja mis alimentos. Yo comprendo que al dar permiso a la persona/organización indicada abajo, yo acepto toda responsabilidad por sus acciones. Yo certifico que esta persona tiene por lo menos 18 años de edad. Esta autorización entra en vigor al recibirla la agencia local del CSFP. Yo notificaré a la agencia local del CSFP de inmediato si deseo cambiar mi sustituto.

Persona/organización suplente: _____

Si es una organización, nombre de persona de contacto: _____

Dirección: _____

Nº de teléfono para contactar al suplente: _____

Dirección electrónica del suplente: _____

Yo comprendo que cualquier cambio de esta designación tendrá que ser por escrito. Comprendo además que es mi responsabilidad notificar a la persona designada sobre las fechas y horas de la distribución. Si el CSFP no se recoge por dos meses consecutivos, comprendo que se me dará de baja del programa. Hay que presentar prueba de identificación al recoger los productos.

Firma de participante: _____ Fecha: _____

Firma de personal de CSFP: _____ Date: _____

Una copia de este formulario tiene que archivar en el expediente de cada participante.

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.