

**Participant Application**

Print pages 1 – 2 for **Certification**.

**Household Information**

<b>Name of applicant</b> /Nombre del solicitante	<b>Address</b> /Dirección	<b>Date</b> /Fecha
<b>Date of birth</b> /La fecha de nacimiento	<b>Phone number</b> /Número de teléfono	<b>Site name</b> /Nombre del sitio
<b>Name of proxy</b> /Nombre del proxy	<b>Phone number</b> /Número de teléfono	<b>Dates of proxy</b> /Fechas de proxy

**Income Information**

**Total gross income (before deductions) of all household members.** *SNAP benefits do not count as income.*  
 Ingreso brutos total (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar. *Beneficios de SNAP no cuentan como ingreso.*

\$ \_\_\_\_\_ **Weekly**/Semanal                      \$ \_\_\_\_\_ **Monthly**/Mensual                      \$ \_\_\_\_\_ **Yearly**/Anual

\_\_\_\_\_ **Number of household members**/Número de miembros del hogar

**Eligibility**

\_\_\_\_\_ **Eligible/Eligible** Applicant is eligible when they meet income, residency, and age requirements./El solicitante es elegible cuando cumple con los requisitos de ingresos, residencia, y edad.

\_\_\_\_\_ **Eligible and on wait list/Eligible y en la lista de espera**

**Dates of certification**/Fechas de la certificación: from/de \_\_\_\_\_ to/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Ineligible/Inelegible** I have been advised in writing that I am ineligible to participate in the CSFP and have the right to a fair hearing. I am ineligible to participate based on the following criteria:/He sido informado por escrito que soy inelegible para participar en el programa de comida suplemental y tengo derecho a una audiencia imparcial. Soy inelegible para participar en base a los siguientes criterios:

\_\_\_\_\_ **Income**/Los ingresos                      \_\_\_\_\_ **Residency**/La residencia                      \_\_\_\_\_ **Age**/La edad

**Nondiscrimination Statement**

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: 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; or (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). **This institution is an equal opportunity provider.**

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.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](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. 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.**

### Ethnicity and Race

<b>Ethnicity</b> (select one category)/Origen étnico (seleccione una categoría) <b>Hispanic or Latino</b> /Hispano o Latino _____ <b>Not Hispanic or Latino</b> /No hispano o Latino _____
<b>Race</b> (select one or more categories)/Raza (seleccione una o más categorías) _____ <b>Black or African American</b> /Negro o afroamericano _____ <b>Native Hawaiian or Other Pacific Islander</b> /Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico _____ <b>American Indian or Alaskan Native</b> /Indio americano o nativo de Alaska _____ <b>Asian</b> /asiático _____ <b>White</b> /el blanco

### Certification Statement

This application is being completed in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form. I am aware that deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable State and Federal statutes. I am also aware that I may not receive CSFP benefits at more than one CSFP site at the same time. Furthermore, I am aware that the information provided may be shared with other organizations to detect and prevent dual participation. I have been advised of my rights and obligations under the program. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.

I authorize the release of information provided on this application form to other organizations administering assistance programs for use in determining my eligibility for participation in other public assistance programs and for program outreach purposes.  
(Please indicate a decision by placing a checkmark in the appropriate box.) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

I have received notice of my *Participant Rights and Responsibilities* (Form1516). Yes \_\_\_\_\_

A *Written Notice of Beneficiary Rights* was made available. Yes \_\_\_\_\_

Esta solicitud se está llevando a cabo en relación con el recibo de asistencia federal. Oficiales del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que una tergiversación deliberada puede someterme a un proceso judicial conforme a los estatutos estatales y federales aplicables. También soy consciente que no puedo recibir beneficios de CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Yo 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 este formulario 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 de divulgación del programa.

(Indique la decisión colocando una marca de verificación en el cuadro apropiado.) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

He recibido aviso de mi *Derechos y Responsabilidades del Participante* (Form1516). Sí \_\_\_\_\_

Se hizo disponible la Notificación por Escrito de los Derechos del Beneficiario. Sí \_\_\_\_\_

### Signatures

<b>Applicant or Proxy's Signature</b> /Firma del participante o representante	<b>CE or Site's Signature</b> /CE o firma del sitio
---	---

**Participation Application Supplemental Questionnaire**  
Commodity Supplemental Food Program (CSFP)  
Central Texas Food Bank

1. Applicant Name (last, first):  
-----

2. Marital Status:
- Single
  - Married
  - Common-Law
  - Divorced
  - Separated
  - Widowed
  - Undisclosed

3. Housing Type:
- Emergency Shelter/Mission/ Transitional
  - Evacuee
  - Own Home
  - Private Rental
  - Public (Social) Housing
  - With Family/ Friends
  - Unhoused
  - Undisclosed

4. Identification Type:
- Driver's License
  - Texas Identification Card
  - Passport
  - Permanent Resident Card
  - Other (please specify): \_\_\_\_\_

5. Language(s) Spoken: \_\_\_\_\_

6. Self-Identifies As:
- Disability
  - New Immigrant
  - Veteran
  - Refugee
  - Evacuee
  - Mental Illness
  - Undisclosed

*Only complete #s 7-9 if the applicant lives with additional people.*

7. Household Member Information:
- Name (last, first): \_\_\_\_\_
  - Date of Birth: \_\_\_\_\_
  - Gender: \_\_\_\_\_
  - Relationship to applicant: \_\_\_\_\_
  - Monthly Income Amount: \_\_\_\_\_
  - Monthly Income Type: \_\_\_\_\_
8. Additional Household Member Information:
- Name (last, first): \_\_\_\_\_
  - Date of Birth: \_\_\_\_\_
  - Gender: \_\_\_\_\_
  - Relationship to applicant: \_\_\_\_\_
  - Monthly Income Amount: \_\_\_\_\_
  - Monthly Income Type: \_\_\_\_\_
9. Additional Household Member Information:
- Name (last, first): \_\_\_\_\_
  - Date of Birth: \_\_\_\_\_
  - Gender: \_\_\_\_\_
  - Relationship to applicant: \_\_\_\_\_
  - Monthly Income Amount: \_\_\_\_\_
  - Monthly Income Type: \_\_\_\_\_
10. Highest Level of Education: \_\_\_\_\_
11. Employment Type:
- Full-Time
  - Part-Time
  - Retired
  - None
12. Income Type: \_\_\_\_\_
13. Dietary Considerations:
- Diabetic
  - Food Allergy: \_\_\_\_\_
  - Vegetarian
  - Other: \_\_\_\_\_

***This institution is an equal opportunity provider.***

*Completion of this questionnaire is not required to participate in the CSFP,  
but helps the Central Texas Food Bank serve CSFP Participants.*



**Cuestionario Suplementario de Solicitud de Participación**  
Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos  
Central Texas Food Bank

1. Nombre del solicitante (apellido, nombre):  
-----

2. Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Unión de hecho
- Divorciado
- Separado
- Viudo
- No revelado

3. Housing Type:

- Refugio de emergencia / Misión / Transición
- Evacuado
- Casa propia
- Alquiler privado
- Alojamiento público (social)
- Con Familia / Amigos
- Sin alojamiento
- No revelado

4. Identification Type:

- Licencia de conducir
- Tarjeta de identificación de Texas
- Pasaporte
- Tarjeta de Residente Permanente
- Otro (Por favor especifique):  
-----

5. Idioma(s) hablado(s):-----

6. Autoidentifica como:

- Discapacidad
- Nuevo Inmigrante
- Veterano
- Refugiado
- Evacuado
- Enfermedad Mental
- No revelado

*Sólo completar #s 7-9 si el solicitante vive con personas adicionales.*

7. Información del miembro del hogar:

- a. Nombre (apellido, nombre):-----
- b. Fecha de nacimiento:-----
- c. Sexo:-----
- d. Relación con el solicitante:-----
- e. Cantidad de ingresos mensuales:-----
- f. Tipo de ingreso mensual:-----

8. Información de miembro adicional del hogar:

- a. Nombre (apellido, nombre):-----
- b. Fecha de nacimiento:-----
- c. Sexo:-----
- d. Relación con el solicitante:-----
- e. Cantidad de ingresos mensuales:-----
- f. Tipo de ingreso mensual:-----

9. Información de miembro adicional del hogar:

- a. Nombre (apellido, nombre):-----
- b. Fecha de nacimiento:-----
- c. Sexo:-----
- d. Relación con el solicitante:-----
- e. Cantidad de ingresos mensuales:-----
- f. Tipo de ingreso mensual:-----

10. Nivel más alto de educación:-----

11. Tipo de empleo:

- Tiempo completo
- Medio tiempo
- Jubilado
- Ninguno

12. Tipo de ingreso:-----

13. Consideraciones dietéticas:

- Diabético
- Alergia alimentaria:-----
- Vegetariano
- Otro:-----

***Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.***

*No se requiere completar este cuestionario para participar en el CSFP,  
Pero ayuda al Central Texas Food Bank a servir a los participantes del CSFP.*

Commodity Supplemental Food Program  
**Participant Rights and Responsibilities**

1. I certify that the information I have provided for eligibility determination is correct to the best of my knowledge.
2. CSFP benefits are provided in connection with the receipt of federal assistance. I understand that deliberate misrepresentation may subject me to civil or criminal prosecution under state and federal law.
3. I may appeal any decision made by the food pantry or food bank regarding my eligibility for CSFP. A request for a fair hearing can be submitted to the food pantry or to the food bank by telling them I want to appeal.
4. Health services referrals and nutrition education will be made available to me and I am encouraged to participate in these services.
5. I understand that I can request a referral to a non-religious site.
6. I understand that participating at more than one CSFP site at the same time is not allowed and might lead to disqualification from CSFP.
7. I understand that I must report changes in household income, or changes in the composition of the household, within ten days.
8. If approved for participation in CSFP, consecutive failure to pick up food as directed may result in being dropped from CSFP with 15 days' written notice.
9. I understand that if I choose to send a proxy (an alternate person) to pick up my food, the proxy must 1) be listed as a proxy on my Participant Application or in my file, 2) present my appointment card, if requested, 3) provide his or her identification, and 4) sign for the food package.
10. I understand that the food provided by CSFP is intended for the participants for whom they are supplied.
11. I consent to the release of information to the following: 1) CSFP staff 2) another CFSP agency, if I wish to transfer; 3) other health or welfare programs, to prevent dual participation; 4) USDA; 5) TDA; 6) the food pantry; or 7) the food bank.
12. I have been advised of my rights and obligations under CSFP.
13. I understand that I must not sell nor exchange USDA Foods for nonfood items.
14. I understand that physical abuse, or the threat of physical abuse, of CSFP staff is a program violation. My participation in CSFP may be terminated for this and for other program violations.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: 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; or (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

Programa de Comida Básica Complementaria

**Derechos y responsabilidades del participante**

1. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.
2. CSFP se proporcionan beneficios en relación con la recepción de asistencia federal. Yo entiendo que la falsificación deliberada, me expone a un proceso civil o criminal bajo las leyes estatales y federales.
3. Puedo apelar cualquier decisión tomada por la despensa de alimentos o el banco de alimentos con respecto a mi elegibilidad para CSFP. Puedo presentar una apelación a la despensa de alimentos o al banco de alimentos diciéndoles que quiero apelar.
4. Los referidos de servicios de salud y la educación nutricional estarán disponibles para mí y me alienta a participar en estos servicios.
5. Servicios de referencias de salud y educación nutricional estarán disponibles a mí y me anima a participar en estos servicios.
6. Entiendo que puedo solicitar una referencia a un sitio no religioso.
7. Entiendo que la participación en más de un sitio de la CSFP, al mismo tiempo, no está permitido y podría conducir a la descalificación de la CSFP.
8. Entiendo que debo informar de los cambios en los ingresos familiares, o cambios en la composición del hogar dentro de diez días de cuando ocurra el cambio.
9. Si se aprueba la participación en la CSFP, el fracaso consecutivo para recoger los alimentos como indicados, puede resultar en ser eliminado del programa CSFP dentro de 15 días de aviso por escrito.
10. Entiendo que si decido enviar un apoderado (una persona suplente) para recoger mis alimentos él debe: 1) ser catalogado como un apoderado en mi Solicitud para Participar o en mi archivo, 2) él debe presentar mi tarjeta de cita, si se le solicita, 3) él debe proporcionar su identificación, y 4) él debe firmar por el paquete de alimentos.
11. Entiendo que los alimentos proporcionados por el programa CSFP está dirigido a los participantes de los que se suministre.
12. Doy mi consentimiento para la divulgación de información a la siguiente 1) El personal de la CFSP, 2) otra agencia de la CFSP, si deseo transferir; 3) otros programas de salud o bienestar, para evitar la doble participación; 4) USDA; 5) TDA; 6) la despensa de alimentos; o 7) el banco de alimentos.
13. Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en virtud de la CSFP.
14. Entiendo que no debo vender o intercambiar alimentos del USDA por artículos que no son alimenticios.
15. Entiendo que el abuso físico, o la amenaza de abuso físico, al personal del programa CSFP es una violación. Mi participación en el programa CSFP podría ser terminado por estas razones y por otras violaciones al programa de CSFP.

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](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. 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.