

Participant Application

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

Household Information

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

Federal Assistance Program Participation/Participación en Programas de Asistencia Federal

Do you currently participate in any of the federal assistance programs listed below? **If Yes**, select the applicable program(s) and skip to the Eligibility section. **If No**, complete the Income Information section below. / ¿Participa actualmente en alguno de los programas de asistencia federal que se enumeran a continuación? En caso afirmativo, seleccione los programas correspondientes y pase a la sección Elegibilidad. En caso negativo, complete la sección Información de ingresos a continuación.

SNAP **Supplemental Security Income/Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)**

Low Income Subsidy Program (Medicare Part D Extra Help)/Ayuda Adicional de Medicare Parte D

Medicare Savings Program/Programa de Ahorros de Medicare

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.

Dates of certification/Fechas de la certificación: from/de _____ to/a _____

Eligible and on waitlist/Eligible y en la lista de espera

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, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling, (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted 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; or
(2) fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

Declaración de No Discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program_intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Ethnicity and Race

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

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

FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE ADMISIÓN DEL CTFB

Las siguientes preguntas son opcionales y no afectarán su capacidad para recibir asistencia alimentaria.

Si prefiere no contestar esta sección, omita estas preguntas y entregue su formulario.

1. Dirección de correo electrónico: _____

2. ¿Qué asistencia adicional recibe? **(Marque todo lo que corresponda)**

Programa de ayuda suplementaria de la nutrición (SNAP)

Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF)

Programa nacional de almuerzos escolares (NSLP) (comidas gratis o a precio reducido)

Seguridad de ingreso suplementario (SSI)

Medicaid

Seguridad Social

Programa de Salud para la Mujer de Texas

Beneficios para veteranos

WIC

Medicare

CHIP

Otro: _____

3. Género: Femenino Masculino Otro Prefiero no responder

4. ¿Cuántos **niños de entre 0 y 17 años** viven en su hogar? _____

5. ¿Cuántas **personas de 60 años o más** viven en su hogar? _____

6. ¿Cuántos **veteranos** viven en su hogar? _____

7. ¿Cuántos **militares en servicio activo** viven en su hogar? _____

8. ¿Cuántos **estudiantes universitarios** viven en su hogar? _____

9. ¿Cuál es su idioma preferido?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> English (Inglés) | <input type="checkbox"/> 'heɪtʃən 'kri:ouʌ (Criollo haitiano / Haitian Creole) |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> हिन्दी (Hindi) |
| <input type="checkbox"/> American Sign Language (Lenguaje de señas estadounidense) | <input type="checkbox"/> 한국어 / 조선말 (Coreano / Korean) |
| <input type="checkbox"/> العربية (Árabe / Arabic) | <input type="checkbox"/> پښتو (Pastún / Pashto) |
| <input type="checkbox"/> Bosanac (Bosnio / Bosnian) | <input type="checkbox"/> Kiswahili / كِسْوَهِيلِي (Swahili) |
| <input type="checkbox"/> မြန်မာအက္ခရာ (Birmano / Burmese) | <input type="checkbox"/> ትግርኛ (Tigriña / Tigrigna / Tigrinya) |
| <input type="checkbox"/> 中文 (Chino / Chinese) | <input type="checkbox"/> Tiếng Việt (Vietnamita / Vietnamese) |
| <input type="checkbox"/> tʃɛk (Checo / Czech) | <input type="checkbox"/> Otro (Other) |
| <input type="checkbox"/> Français (Francés / French) | |
-

Divulgación de información de clientes del Banco de Alimentos del Centro de Texas

Reconozco que mi información se almacenará en una base de datos segura, Oasis Insights, y será utilizada por el CTFB y la despensa que brinda asistencia para mejorar los servicios que se me ofrecen a mí y a mi comunidad. Cualquier informe que use mis datos no revelará mi identidad.

Al seleccionar SÍ, acepto compartir mi información con los socios del Banco de Alimentos del Centro de Texas (CTFB) para que me sea más fácil acceder a alimentos en otras despensas de la red de CTFB. Al seleccionar NO, acepto compartir mi información solo con esta agencia y el Banco de Alimentos del Centro de Texas.

- SÍ NO



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. Entiendo que puedo solicitar información de referencia para otros programas financiados con fondos federales en mi área.
6. Entiendo que la participación en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo no está permitido y podría dar lugar a la descalificación de CSFP.
7. Entiendo que debo informar cambios en los ingresos del hogar, o cambios en la composición del hogar dentro de diez días.
8. Si se aprueba la participación en CSFP, la falta consecutiva de recoger los alimentos como se indica, puede resultar en ser eliminado de CSFP dentro de 15 días de aviso por escrito.
9. Entiendo que si decido enviar un apoderado (una persona alternativa) para recoger mis alimentos, el apoderado debe: 1) ser catalogado como un apoderado en mi Solicitud de Participante o en mi archivo, 2) presentar mi tarjeta de cita, si se la solicita, 3) proporcionar su identificación, y 4) firmar por el paquete de alimentos.
10. Entiendo que los alimentos proporcionados por CSFP están destinados a los participantes de los que se suministre.
11. Doy mi consentimiento para la divulgación de información a los siguientes 1) personal de CFSP, 2) otra agencia de CFSP, si deseo transferirme; 3) otros programas de salud o asistencia social, para evitar la doble participación; 4) USDA; 5) TDA; 6) la despensa de alimentos; o 7) el banco de alimentos.
12. Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en virtud de CSFP.
13. Entiendo que no debo vender ni intercambiar alimentos del USDA por artículos que no son alimentos.
14. Entiendo que el abuso físico, o la amenaza de abuso físico, del personal de CSFP es una violación del programa. Mi participación en CSFP podría ser terminado por estas razones y por otras violaciones al programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Aviso escrito de los derechos de los beneficiarios

Nombre de la organización: _____

Nombre del programa aplicable:

- Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP)
- Programa de Productos Alimenticios Complementarios (CSFP)

Debido a que el (los) programa(s) señalado(s) con anterioridad cuenta(n) con asistencia financiera parcial o total del Gobierno Federal, estamos obligados a informarle lo siguiente:

- No tenemos permitido discriminarle en función de su religión o creencias religiosas, por negarse a tener una creencia religiosa o bien por negarse a asistir o participar en una práctica religiosa;
- No tenemos permitido exigirle que asista o participe en ninguna actividad explícitamente religiosa que ofrezca nuestra organización (incluyendo actividades que involucren contenido religioso evidente, tales como veneración, enseñanza de carácter religioso o proselitismo); cualquier participación de su parte en dichas actividades debe ser totalmente voluntaria;
- Debemos diferenciar en términos de tiempo o lugar cualquier actividad explícitamente religiosa financiada con fondos privados (incluyendo actividades que involucren contenido religioso evidente, tales como veneración, enseñanza de carácter religioso o proselitismo) de actividades que cuenten con asistencia financiera federal directa; y
- Usted puede denunciar infracciones a estas protecciones por parte de una organización (incluyendo denegaciones de servicios o beneficios) comunicándose o presentando una queja por escrito a la siguiente dirección:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights Executive Director
Center for Civil Rights Enforcement
1400 Independence Avenue SW
Washington, DC 20250-9410, o bien por correo electrónico escribiendo a
program.intake@usda.gov

- Si desea buscar información sobre si existen otras organizaciones financiadas con fondos federales que presten este tipo de servicios en su área, comuníquese con la línea directa contra el hambre del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) así:

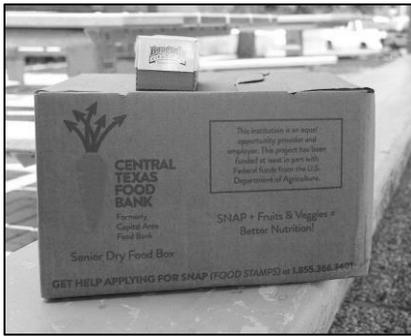
Por teléfono (1-866-3- HUNGRY o 1-877-8-HAMBRE) para hablar con un representante, de 7:00 a. m. a 10:00 p. m. (hora del este).

Por mensaje de texto (914-342-7744) con una pregunta que puede incluir una palabra clave (tal como “alimento”, “verano”, “comidas”, etc.) para recibir una respuesta automática respecto a recursos situados cerca de una dirección y/o código postal.

NOTA: también puede comunicarse con el Departamento de Agricultura de Texas (TDA) llamando al 877-TEX-MEAL (877-839-6325) o escribiendo a SquareMeals@TexasAgriculture.gov.

Se le debe entregar este aviso escrito antes de que se inscriba en el programa o reciba servicios del programa, a menos que la naturaleza del servicio prestado o circunstancias apremiantes hagan que sea impracticable facilitar dicho aviso antes de que prestemos el servicio real. En tal caso, se le debe entregar este aviso lo antes posible.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



¡Bienvenido/a a CSFP!

¿Qué es CSFP? El Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP, por sus siglas en inglés) les reparte a los adultos de 60+ años queso y una caja de alimentos no perecederos cada mes. El banco de alimentos Central Texas Food Bank opera este programa.

El Departamento de Agricultura de Texas recomienda que usted mismo/a use todos los alimentos en su paquete CSFP.

¿Cuándo y dónde puedo conseguir mi caja mensual?

Ubicación:

Fecha:

Hora:

¡No olvide su identificación!

¿Puede recoger mi caja otra persona? ¿Podría recoger una caja para otra persona?

¡Sí! Un(a) participante de CSFP puede autorizar a un(a) apoderado/a a recoger una caja y actuar en su nombre. Pregúntele al personal o a un voluntario de la distribución de CSFP cómo empezar.

Si no alcanzo ir a la distribución, ¿podría recibir mi caja más tarde?

Comuníquese con el banco de alimentos—es posible que pueda conseguir una caja en otro lugar más adelante en el mes. Si no recoge la caja en ese mismo mes, no podrá recibir una caja extra en el próximo mes para compensarla.

Si el banco de alimentos ha alcanzado el número máximo de participantes de CSFP y Ud. ~~falta a dos~~ distribuciones seguidas, es posible que lo/a elimine de CSFP y deba volver a presentar una solicitud.

¿Preguntas? Comuníquese con el banco de alimentos Central Texas Food Bank al 512-282-2111 o distributionprograms@centraltexasfoodbank.org.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.



Commodity Supplemental Food Program
Income Eligibility Guidelines for the Elderly
Pautas de Elegibilidad de Ingresos Para Personas Mayores

Effective March 7, 2025¹
Efectivo el 7 de Marzo de 2025²

60 Years of Age and Older
60 Años de Edad y Más

Based on 130% of Federal Poverty Guidelines
Basado en el Nivel Federal de Pobreza del 130%

Household Size <i>Tamaño del hogar</i>	Annual Income <i>Ingresos Anuales</i>	Monthly Income <i>Ingresos Mensuales</i>	Weekly Income <i>Ingresos Semanales</i>
1	\$20,345	\$1,696	\$392
2	\$27,495	\$2,292	\$529
3	\$34,645	\$2,888	\$667
4	\$41,795	\$3,483	\$804
5	\$48,945	\$4,079	\$942
6	\$56,095	\$4,675	\$1,079
7	\$63,245	\$5,271	\$1,217
8	\$70,395	\$5,867	\$1,354
For each additional household member, add/ <i>Por Cada miembro adicional del hogar, sume:</i>	\$7,150	\$596	\$138

¹ Pursuant to program regulations, the 2025 elderly income guidelines must be implemented immediately upon receipt of notification from USDA and will remain in effect until notification of the income guidelines for 2026.

² De conformidad con las regulaciones del programa, las pautas de ingresos para personas mayores de 2025 deben implementarse inmediatamente después de recibir la notificación del USDA y permanecerán en vigor hasta la notificación de las pautas de ingresos para 2026.