

SOLICITUD DE PARTICIPANTE

PROGRAMA DE COMIDA BÁSICA COMPLEMENTARIA (CSFP)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de personas en la casa: _____

Normas de elegibilidad de ingresos de CSFP

A partir del 11 de marzo de 2021

Basado en el 130% de las Guías Federales de Pobreza			
Número de personas en la casa:	Anual	Mensual	Semanal
1	\$16,744	\$1,396	\$322
2	\$22,646	\$1,888	\$436
3	\$28,548	\$2,379	\$549
4	\$34,450	\$2,871	\$663
5	\$40,352	\$3,363	\$776
6	\$46,254	\$3,855	\$890
Por cada persona adicional, agregue:	+\$5,092	+\$492	+\$114

Indique el ingreso bruto total de todos los miembros del hogar antes de las deducciones o gastos. Los beneficios de SNAP no cuentan como ingresos.

\$ _____ Anual o \$ _____ Mensual o \$ _____ Semanal

Dirección: _____ Número de unidad/apto.: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Número de teléfono (opcional): _____

Origen étnico (seleccione uno): Hispano/a o Latino/a No Hispano/a o Latino/a

Raza (seleccione uno o más):

Negro/a o afroamericano/a Nativo/a de Hawai o de otra isla del Pacífico

Indio americano o nativo/a de Alaska Asiático/a

Blanco/a

AUTORIZACIÓN DE PROXY (opcional)

Los participantes pueden designarle a proxies (o apoderados) para que firmen y recojan comida en su nombre.

Nombre de proxy: _____

Número de teléfono de proxy: _____

Fechas de autorización de proxy: ____/____/____ a ____/____/____

CONTINUACIÓN EN EL REVERSO →



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.

He recibido aviso de mi **Derechos y Responsabilidades del Participante** (Form 1516). Sí

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

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

Firma del/de la participante o proxy: _____ **Fecha:** ____/____/_____

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: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> 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.

SÓLO PARA PERSONAL O VOLUNTARIO/A ADMINISTRATIVO/A | INTAKE STAFF OR VOLUNTEER ONLY

Site name: _____

Eligible — Applicant is eligible when they meet income, residency, and age requirements.

Dates of certification: ____/____/_____ to ____/____/_____

Eligible and on wait list

Ineligible — 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: **Income** **Residency** **Age**

Certifier signature: _____



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.*

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.*



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. Servicios de referencias de salud y educación nutricional estarán disponibles a mí y me anima a participar en estos servicios.
5. Entiendo que puedo solicitar una referencia a un sitio no religioso.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Entiendo que los alimentos proporcionados por el programa CSFP está dirigido a los participantes de los que se suministre.
11. 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.
12. Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en virtud de la CSFP.
13. Entiendo que no debo vender o intercambiar alimentos del USDA por artículos que no son alimenticios.
14. 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 otra violaciones al programa de CSFP.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.