

División de Servicios para Adultos y  
Personas de la Tercera Edad (DAAS)

Date: \_\_\_\_\_

Programa de Alivio Coordinado del Hambre

Client ID#: \_\_\_\_\_

TEFAP

CSFP

**SOLICITUD PARA BENEFICIOS**

DS: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**GÉNERO** (Opcional):

Masculino Femenino Transgénero No divulgado Otro

**ESTADO CIVIL** (Opcional):

Soltero Casado Divorciado Separado Viudo No divulgado Matrimonio por convivencia

DIRECCIÓN (Núm., Calle) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ CONDADO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ NÚM. DE TEL. \_\_\_\_\_ Sin dirección fija/No divulgada

**TIPO DE VIVIENDA** (Opcional):

Refugio de emergencia/Misión/Transición Evacuado Sin hogar En hogar propio Alquiler privado  
Vivienda pública (Social) Con familia o amigos Hogar/Refugio para jóvenes No divulgado Otro

**IDIOMA** (Opcional): \_\_\_\_\_

**ETNIA:** (Se REQUIERE la etnia para el CSFP) Blanca/Anglo Negra/Afroamericana Hispánica/Latina

Indígena de la Polinesia Asiática N/A Indígena de los EE.UU. Nativo de Alaska/Aleutiano/Esquimal  
Mediorienta/Norafricano Otro No divulgado

**AUTOIDENTIFICACIÓN DE** (Opcional): Discapacidad No divulgado Veterano Enfermedad mental

N/A Embarazo Posparto Lactancia materna Otro

**AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTACIÓN**

Entiendo que tengo que recoger mi comida regularmente y que si no recojo mi comida puede terminarse mi participación en el CSFP. En caso de que no puede recoger mi comida, por favor, entréguesela a:

**NOMBRE(S) EN LETRA DE MOLDE DEL REPRESENTANTE(S):**

Esta solicitud se está llenando en relación con la recepción de asistencia Federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la falsificación deliberada puede ser motivo de procesamiento según los estatutos Estatales y Federales que correspondan. **Cientes del CSFP:** Soy consciente de que la información proporcionada puede compartirse con otras organizaciones para detectar y evitar la participación doble. Me han informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que proporcioné para mi determinación de elegibilidad es correcta según mi leal saber y entender.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programa de asistencia para determinar mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa. (Por favor, indique la decisión marcando la casilla correspondiente.) **Sí No**

Certifico que mi ingreso familiar bruto es igual o inferior al índice de pobreza federal aceptable para el programa al que solicito. He revisado la tabla de elegibilidad de ingresos actual y recibí una explicación de los ingresos contables y no contables.

NOMBRE DEL SOLICITANTE (En letra de molde) \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR 1

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

#### RELACIÓN

Cónyuge      Hijo/a      Padre o Madre      Hermano/a      Abuelo/a      Otro pariente      Novio/a  
Amigo/a      No divulgado

#### GÉNERO (Opcional):

Masculino      Femenino      Transgénero      No divulgado      Otro

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR 2

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

#### RELACIÓN

Cónyuge      Hijo/a      Padre o Madre      Hermano/a      Abuelo/a      Otro pariente      Novio/a  
Amigo/a      No divulgado

#### GÉNERO (Opcional):

Masculino      Femenino      Transgénero      No divulgado      Otro

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR 3

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

#### RELACIÓN

Cónyuge      Hijo/a      Padre o Madre      Hermano/a      Abuelo/a      Otro pariente      Novio/a  
Amigo/a      No divulgado

#### GÉNERO (Opcional):

Masculino      Femenino      Transgénero      No divulgado      Otro

### EL SOLICITANTE RECIBE LOS SIGUIENTE

Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP por sus siglas en inglés)

Programa Suplementario de Comestibles Básicos (CSFP por sus siglas en inglés)

Otro (*Especifique*):

De conformidad con la Ley de Derechos Civiles Federal y las normas y políticas sobre los 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 basado en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividad previa de derechos civiles en algún programa o actividad administrado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir 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, llene 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. Presente su formulario llenado o su 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.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English online or at the local office.