

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 6 de febrero de 2024

Basado en el 130% de las Guías Federales de Pobreza			
Número de personas en la casa	Anual	Mensual	Semanal
1	\$19,578	\$1,632	\$377
2	\$26,572	\$2,215	\$511
3	\$33,566	\$2,798	\$646
4	\$40,560	\$3,380	\$780
5	\$47,554	\$3,963	\$915
6	\$54,548	\$4,546	\$1,049
Por cada persona adicional, agregue:	+\$6,994	+\$583	+\$135

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: _____

Esta autorización de proxy comienza hoy y dura hasta el final del período de 3 años de certificación, a menos que se proporcione una fecha de finalización específica aquí: ____/____/____

CONTINUACIÓN AL REVÉS →



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

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 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 (incluyendo identidad de género y orientación sexual), 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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda 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: _____



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

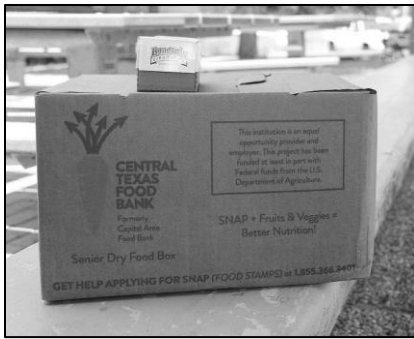


Programa de Comida Básica Complementaria

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. 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 entidad es un proveedor que brinda 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.

