

Muestra SOLICITUD DE PARTICIPANTE

Información del hogar: para ser completada por el solicitante o representante autorizado					
Nombre del solicitante (apellido, primero, inicial del medio):		Número de teléfono:		Fecha de aplicación:	
Dirección de la calle (incluir apt # si corresponde):		Ciudad:	Zip:	Estado:	Condado de:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Edad actual:	Ingreso bruto total del hogar (antes de las deducciones): \$ _ _ _			
Tamaño del hogar (número total de miembros del hogar, incluido el solicitante): _____		<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada <input type="checkbox"/> Semana de 2 semanas <input type="checkbox"/> Sin ingresos			
Pautas de ingresos de CSFP 2020 (130% de la tasa de pobreza)					
Por la presente Certifico que mi ingreso familiar está en o por debajo de las siguientes pautas. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay					
Tamaño del hogar	Ingreso anual	Ingreso mensual	Dos veces Per mes	Cada TWO weeks	Ingreso semanal
1	\$16,588	\$1,383	\$692	\$638	\$319
2	\$22,412	\$1,868	\$934	\$862	\$431
3	\$28,236	\$2,353	\$1,177	\$1,086	\$543
4	\$34,060	\$2,839	\$1,420	\$1,310	\$655
5	\$39,884	\$3,324	\$1,662	\$1,534	\$767
6	\$45,708	\$3,809	\$1,905	\$1,758	\$879
7	\$51,532	\$4,295	\$2,148	\$1,982	\$991
8	\$57,356	\$4,780	\$2,390	\$2,206	\$1,103
Para cada miembro adicional de HH, Agregue:	\$5,824	\$486	\$243	\$224	\$112
Datos étnicos/raciales: opcionales-los datos no afectarán a la consideración de la solicitud de asistencia. Esta información se solicita únicamente para garantizar el cumplimiento de las leyes federales de derechos civiles.					
Categoría étnica (seleccione una): ¿Eres hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Categoría racial (seleccione una o más): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar			
Información de apoderado: un apoderado es una persona que el solicitante puede autorizar para recoger los paquetes de alimentos CSFP en su nombre durante un período de tiempo especificado. El apoderado debe tener al menos 18 años de edad y debe presentar una prueba de su identificación para recoger el paquetede alimentos CSFP. Si desea designar un proxy, por favor complete la siguiente información.					
Nombre del apoderado (debe tener al menos 18 años de edad):			Período de tiempo designado para la recogida de alimentos CSFP (mes/año):		
USO oficial (solo personal de la agencia local)					
Criterios de elegibilidad: <input type="checkbox"/> la identificación del solicitante del <input type="checkbox"/> Condado de residencia en edad de ingresos fue confirmada <input type="checkbox"/>					
Fuente (s) de verificación para identificación, <input type="checkbox"/> Edad y Condado de residencia: <input type="checkbox"/> identificación emitida por el Estado de licencia de conducir <input type="checkbox"/> otro _ _ _					
Nombre del documento (If Other): _____ \ _____					
Nombre impreso de LA staff: _____					
Firma del personal: _____ \ _____ no se ha _____					

CONTINUAR HACIA ATRÁS

USO de OFFICAL (para ser completado por el funcionario del Banco de alimentos contratados solamente)		
Estado: <input type="checkbox"/> Elegible (lista activa) <input type="checkbox"/> elegible (lista de espera)	Método de notificación: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Carta verbal	Fecha de la notificación:
Período de certificación inicial: A partir del __ __	Período de recertificación: 1. a partir de ____ 2. de ____	Recertificación fechas de notificación 1. __ __ 2. __ __
Si procede: fecha certificada como activa desde lista de espera:		
Estado: <input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> descalificado <input type="checkbox"/> cancelado		Fecha de notificación por escrito:
Inelegible/descontinuado/descalificado/terminado-razón:		
Nombre de la oficial de FB (imprimir): _____ Título: _____		
Firma de un funcionario de FB: _____ \ fecha de determinación: __ __		
<p>Declaración de no discriminación: "de acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o la administración de los programas del USDA tiene prohibido discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o represalias por la actividad previa de los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.</p> <p>Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, audiotape, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos del inglés.</p> <p>Para presentar una queja de discriminación por programa, complete el formulario de quejas de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentó al USDA:</p> <p>(1) correo: Departamento de agricultura de los Estados Unidos Oficina del Subsecretario de derechos civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;</p> <p>(2) Fax: (202) 690-7442; O</p> <p>(3) correo electrónico: Program.Intake@usda.gov.</p> <p>Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades ".</p>		
<p>Certificación: esta solicitud se está finalizando en relación con la recepción de la asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento en virtud de los estatutos estatales y federales aplicables. También soy consciente de que es posible que no reciba beneficios de CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información facilitada puede compartirse con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. He sido advertido de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a mi mejor conocimiento.</p> <p>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. (Sírvase indicar la decisión colocando una marca de verificación en la casilla correspondiente.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay</p>		
Firma del solicitante/representante autorizado (Circle One):		Fecha: