

MUESTRA SOLICITUD DE PARTICIPANTES

Información del hogar: Debe ser completada por el solicitante o representante autorizado					
Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):		Número de teléfono:		Fecha de solicitud:	
Dirección de la calle (incluya el # de apartamento si corresponde):		Ciudad:	Cremallera:	Estado:	Condado:
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 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Sin ingresos			
Directrices de ingresos del CSFP para 2025 (150% de la tasa de pobreza)					
Por la presente certifico que los ingresos de mi hogar son iguales o inferiores a las siguientes pautas. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Tamaño del hogar	Ingresos anuales	Ingreso mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Ingreso semanal
1	\$23,475	\$1,957	\$979	\$904	\$452
2	\$31,725	\$2,644	\$1,322	\$1,222	\$611
3	\$39,975	\$3,332	\$1,666	\$1,538	\$769
4	\$48,225	\$4,019	\$2,010	\$1,856	\$928
5	\$56,475	\$4,707	\$2,354	\$2,174	\$1,087
6	\$64,725	\$5,394	\$2,697	\$2,490	\$1,245
7	\$72,975	\$6,082	\$3,041	\$2,808	\$1,404
8	\$81,225	\$6,769	\$3,385	\$3,126	\$1,563
Para cada miembro adicional de HH, agregue:	\$8,250	\$688	\$344	\$318	\$159
Datos étnicos/raciales: SOLO para fines estadísticos					
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 <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Prefiere no revelar			
Información de poder: Un apoderado es una persona a la que el solicitante puede autorizar para que recoja los paquetes de alimentos de CSFP en su nombre durante un período de tiempo específico. El apoderado debe tener al menos 18 años de edad y debe traer un comprobante de su identificación para recoger el paquete de alimentos CSFP. Si desea designar un apoderado, complete la información a continuación.					
Nombre del apoderado (debe tener al menos 18 años de edad):			Período de tiempo designado para la recogida de alimentos de CSFP (mes / año):		

USO OFICIAL (Personal de la Agencia Local/Voluntarios)

Criterios de elegibilidad: ☐ Edad ☐ Renta ☐ Se confirmó la identificación del solicitante del condado de residencia ☐

Fuente(s) de verificación para la identificación,

Edad y condado de residencia: ☐ Licencia de conducir ☐ Identificación emitida por el estado ☐

Otro _____

Nombre del documento (si es otro):

Nombre en letra de imprenta del personal/voluntario de Los Ángeles:

Firma del personal de Los Ángeles/Personal voluntario: _____ Fecha:

CONTINUAR ATRÁS

USO OFICIAL (Debe ser completado solo por el personal de la agencia local)		
Estado: <input type="checkbox"/> Elegible (Lista Activa) <input type="checkbox"/> Elegible (Lista de espera)	Método de notificación: <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Carta	Fecha de notificación:
Período de certificación inicial: De _____ a _____	Período de recertificación: 1. De _____ a _____ 2. De _____ a _____	Fechas de notificación de la recertificación 1. _____ 2. _____
Si corresponde: Fecha certificada como activa de la lista de espera:		
Estado: <input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Descalificado <input type="checkbox"/> Terminado		Fecha de la notificación por escrito:
No elegible/descontinuado/descalificado/terminado-motivo:		
Nombre del personal de Los Ángeles (en letra de imprenta): _____ Título: _____		
Firma del personal de Los Ángeles: _____		Fecha de determinación:
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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: Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, 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:</p> <p>(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</p> <p>(2) fax: (833) 256-1665 o (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>		
Certificación: Esta solicitud se está completando en relación con la recepción de 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 los 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. Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en virtud del programa. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.		

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 la casilla correspondiente). ☐ Sí ☐ NO

Firma del solicitante/Representante Autorizado (Marque Uno):

Fecha:

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN : Completar la aplicación solo en tinta negra o azul.

Deberá ser cumplimentado por el solicitante o representante autorizado

Nombre del solicitante	Indique el apellido, el nombre y la inicial del segundo nombre del solicitante.
Número de teléfono	Indique el código de área y el número de teléfono del solicitante.
Fecha de solicitud:	Indique la fecha de la solicitud.
Dirección de la calle	Indique la dirección del solicitante y, si corresponde, el número de apartamento.
Ciudad	Indique la ciudad de residencia del solicitante.
Código postal	Indique el código postal del solicitante.
Condado	Indique el condado de residencia del solicitante.
Fecha de nacimiento	Indique el mes, el día y el año de nacimiento del solicitante.
Edad actual	Indique la edad del solicitante.
Ingreso bruto total del hogar y con qué frecuencia se recibe	Enumere el ingreso bruto total del hogar (antes de las deducciones) y marque la casilla la frecuencia con la que se reciben los ingresos (es decir, semanalmente, mensualmente, etc.). Si nadie en el hogar recibe ingresos, marque la casilla Sin ingresos.
Tamaño del hogar	Enumere el número total de miembros del hogar, incluido el solicitante.
Certificación de Ingresos	Marque Sí o No para certificar que los ingresos del hogar están dentro de los límites permitidos de las pautas. Marque Sí, si el solicitante no puede proporcionar prueba de ingresos y declara que los ingresos de su hogar están por debajo del 130% de las pautas actuales de pobreza de ingresos.
Datos étnicos y raciales	Esta pregunta es opcional para el solicitante. Seleccione una etnia, luego seleccione una o más categorías de raza. El solicitante también puede seleccionar "Prefiere no divulgar".
Proxy	Complete solo si autoriza a una persona a obtener los kits de alimentos CSFP en nombre del solicitante. Proporcione el nombre del apoderado y el período de tiempo en el que el solicitante designa a la persona como apoderado.
Declaración de certificación	Lea la declaración de certificación y marque Sí o No.
Firma del solicitante/ Representante Autorizado	La persona para la cual se solicitan los beneficios del CSFP debe firmar la solicitud. Si el La solicitud está siendo realizada por un representante autorizado, el representante autorizado puede firmar en nombre del solicitante.
Fecha de firma	Indique la fecha en que se firmó la solicitud.

Uso oficial: debe ser completado por el personal del sitio de la agencia local / voluntario solamente.

Criterios de elegibilidad/	Una vez que se hayan verificado/confirmado los criterios de elegibilidad y la identificación del solicitante,
Identificación del solicitante	Marque todas las casillas correspondientes. Si no se puede marcar alguna casilla como corresponde, el solicitante no es elegible para participar.
Fuente(s) de verificación	Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para la(s) fuente(s) de verificación utilizada(s) para verificar/confirmar la identificación, la edad y el condado de residencia del solicitante (es decir, licencia de conducir, identificación emitida por el estado, etc.). Si se marca Otro, indique el nombre del documento (es decir, pasaporte, certificado de nacimiento, tarjeta de Medicare, etc.). Una tarjeta de Seguro Social no es una fuente aceptable de verificación.
Nombre impreso del personal/voluntario de Los Ángeles	Escriba el nombre del personal/voluntario designado de la Agencia Local que verifica la información en la solicitud.
Firma del personal/voluntario de Los Ángeles/Fecha	Proporcionar la firma de la persona designada Personal/voluntario de la Agencia Local y la fecha en que se recibe o se toma la solicitud.

Uso oficial: debe ser completado solo por el personal de la agencia local

Estado - Elegible Activo, Lista de Espera	Marque la casilla correspondiente.
Método de notificación/fecha	Marque la casilla correspondiente y proporcione la fecha de notificación.
Período de certificación inicial	Indique la fecha del período de certificación original.
Período/fecha de recertificación	Si corresponde, indique el período de recertificación y la fecha en que se notificó al solicitante su recertificación.
Fecha certificada como activa de la lista de espera	Si corresponde, proporcione la fecha en que el participante fue certificado como Activo de la lista de espera.
Estado: No elegible/descontinuado,	Marque la casilla correspondiente y proporcione la fecha en que se proporcionó la notificación por escrito.
Descalificado, Terminado - Motivo/Fecha	
Nombre/Título impreso del personal de Los Ángeles	Escriba el nombre y el cargo del personal de LA.
Firma/Fecha del personal de Los Ángeles	El personal de LA que realiza la determinación de elegibilidad/inelegibilidad debe firmar y proporcionar la fecha en que se realizó la determinación de elegibilidad/inelegibilidad.