

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 2026 (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 | \$23,940 | \$1,995 | \$998 | \$922 | \$461 |
| 2 | \$32,460 | \$2,705 | \$1,353 | \$1,250 | \$625 |
| 3 | \$40,980 | \$3,415 | \$1,708 | \$1,578 | \$789 |
| 4 | \$49,500 | \$4,125 | \$2,063 | \$1,904 | \$952 |
| 5 | \$58,020 | \$4,835 | \$2,418 | \$2,232 | \$1,116 |
| 6 | \$66,540 | \$5,545 | \$2,773 | \$2,560 | \$1,280 |
| 7 | \$75,060 | \$6,255 | \$3,128 | \$2,888 | \$1,444 |
| 8 | \$83,580 | \$6,965 | \$3,483 | \$3,216 | \$1,608 |
| Para cada miembro adicional de HH, agregue: | \$8,520 | \$710 | \$355 | \$328 | \$164 |
| 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 conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los motivos se aplican a todos los programas). Los recursos disponibles y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.</p> <p>Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.</p> <p>Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en Programas del USDA, AD-3027, disponible en línea en Cómo presentar una queja por discriminación en un programa y en cualquier oficina del USDA, o 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 queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.</p> <p><i>El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.</i></p> | | |
| <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.</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. (Indique la decisión colocando una marca de verificación en la casilla correspondiente). <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> | | |
| 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 | Proporcione 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.