

Solicitud del Programa de Alimentos Suplementarios

Tipo de solicitud: (Marque con una X en el casillero correspondiente) <input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> RECERTIFICACIÓN ¿Participa el solicitante o algún miembro del hogar en el Programa WIC o CSFP de algún otro lugar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
NOMBRE DEL SOLICITANTE			NOMBRE DEL ENCARGADO (Si aplicara)		
DIRECCIÓN FÍSICA		CIUDAD/CÓDIGO POSTAL		CONDADO	
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)		CIUDAD/CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	
No. DE CASO		FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE		No. PERSONAS EN EL HOGAR	
Tipo de Solicitante: <input type="checkbox"/> Embarazada (Fecha de parto:) <input type="checkbox"/> Posparto/Lactante (Fecha de nacimiento del niño/a:) <input type="checkbox"/> Persona de tercera edad (+60 años) <input type="checkbox"/> Infante (Fecha de nacimiento:) <input type="checkbox"/> Niño/a (Fecha de nacimiento:)					
PERSONAS ELEGIBLES EN EL HOGAR (continúe al reverso)		EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	No. DE CASO	CATEGORÍA
* Mujeres, bebés y niños/as– Entran en la información del solicitante arriba y ver la prueba de: <input type="checkbox"/> SNAP participación <input type="checkbox"/> TANF participación <input type="checkbox"/> Asistencia Médica o sección de ingresos completa por debajo.					
LOS CAMBIOS DEBEN SER REPORTADOS. Los participantes deben reportar cuando hay cambios en los ingresos del hogar o en quiénes viven en el hogar dentro de los 10 días en que haya ocurrido el cambio.	Indique el origen y la cantidad del ingreso actual (mes anterior) antes de deducciones, tales como impuestos y seguro social. Esta cantidad deberá incluir el ingreso de todos los miembros del hogar. "Otros" ingresos serían comisiones; beneficios de huelgas, ingresos de fondos de inversiones, contribuciones de familiares, etc. Si el ingreso del mes anterior no representa el ingreso familiar usual, indique también el ingreso promedio durante los 12 meses anteriores.				
	INGRESO DEL HOGAR	CANTIDAD		FRECUENCIA	
	SALARIO BRUTO, GANANCIAS				
	SEGURO SOCIAL				
	ASISTENCIA PÚBLICA (WELFARE)				
	MANUTENCIÓN INFANTIL/CONYUGAL				
	PENSIÓN/FONDO DE RETIRO				
	EMPLEO PROPIO				
	DESEMPLEO				
OTROS INGRESOS					
TOTAL DE INGRESOS EN EL HOGAR					
DATOS SOBRE ORIGEN ÉTNICO RACIAL (OPCIONAL)					
¿Es usted de origen Latino/ Hispano? (Sólo para propósitos estadísticos) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
¿Cuál es su raza? (Seleccione una o más)	INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	ASIÁTICO	NEGRO O AFROAMERICANO	NATIVO DE HAWAII U OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO	BLANCO
ANTES DE FIRMAR, TENGA EN CUENTA SUS DERECHOS Y LO QUE SU FIRMA IMPLICA: <input checked="" type="checkbox"/> Los estándares de participación en el programa son iguales para todos independientemente de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. <input checked="" type="checkbox"/> Podrá apelar a la decisión tomada por cualquier agencia local sobre la denegación o terminación de sus beneficios en el programa. <input checked="" type="checkbox"/> Se le dará información y referencias de salud, nutrición y servicios sociales para los cuales usted podrá solicitar asistencia. <input checked="" type="checkbox"/> De ser aprobada su solicitud, la agencia local pondrá a su disposición información de nutrición y se le exhorta a participar de ésta. Esta solicitud es completada en relación a la asistencia Federal obtenida. La información en este formulario podrá ser verificada por funcionarios del programa. Entiendo que si declaro falsamente puedo ser sujeto a ser procesado legalmente de acuerdo a los estatutos Federales y Estatales. También entiendo que no debo recibir beneficios de CSFP y WIC simultáneamente, y no debo recibir beneficios de CSFP en ningún otro lugar adicional y el uso o recibimiento abusivo de los beneficios de CSFP por doble participación u otras violaciones al programa podría resultar en demandas contra el individuo para recuperar la cantidad de beneficios, así como la descalificación del programa CSFP.. Además, entiendo que la información provista podrá ser compartida con otras organizaciones con el fin de evitar cualquier participación doble. Se me ha informado acerca de mis derechos y obligaciones de este programa. Certifico que la información que he provisto para determinar mi elegibilidad es correcta de acuerdo a mi conocimiento. Autorizo que se comparta la información que he provisto en este formulario con otras organizaciones y programas de asistencia con el fin de determinar si soy elegible a otros programas y para propósitos de ampliaciones del programa (Indique su decisión marcando el casillero correspondiente). <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
FIRMA DEL SOLICITANTE O ENCARGADO ▶				FECHA	
ACTUALIZAR INFORMACIÓN, FIRMA Y FECHA PARA CERTIFICAR QUE ESTUVO EN LA LISTA DE ESPERA				FECHA	
***** PARA USO EXCLUSIVO DE AGENCIA CERTIFICADORA *****					
<input type="checkbox"/> IDENTITY/ELIGIBILITY/AGE Describe proof:	<input type="checkbox"/> RESIDENCY VERIFIED <input type="checkbox"/> HANDOUT GIVEN <input type="checkbox"/> WIC HANDOUT GIVEN	APPLICANT ELIGIBLE? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	CATEGORY: PG PP BF INF CH ELD	CASELOAD AVAILABLE? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	DATE WRITTEN NOTICE GIVEN:
CERTIFICACIÓN DE FIRMA OFICIAL			FECHA CERTIFICADA	PERIODO DE CERTIFICACION Primer mes: Último mes:	

Requisitos de elegibilidad por ingresos 2018

Personas en el hogar	Persona de tercera edad (Máximo ingreso mensual en el hogar)	Persona de tercera edad (Máximo ingreso anual en el hogar)	WIC (Máximo ingreso mensual en el hogar)	WIC (Máximo ingreso anual en el hogar)
1	\$1,316	\$15,782	\$1,872	\$22,459
2	\$1,784	\$21,398	\$2,538	\$30,451
3	\$2,252	\$27,014	\$3,204	\$38,443
4	\$2,720	\$32,630	\$3,870	\$46,435
5	\$3,188	\$38,246	\$4,536	\$54,427
6	\$3,656	\$43,862	\$5,202	\$62,419
7	\$4,124	\$49,478	\$5,868	\$70,411
8	\$4,592	\$55,094	\$6,534	\$78,403
Para cada miembro adicional de la familia añadida esta cantidad	\$468	\$5,616	\$ 666	\$ 7,992

EXTENSIÓN DE PERÍODO DE PARTICIPACIÓN DE PERSONA DE TERCERA EDAD

NOMBRE DEL PARTICIPANTE		PERSONAS ELEGIBLES EN EL HOGAR		
DIRECCIÓN	CIUDAD/CÓDIGO POSTAL	CONDADO	TELÉFONO	
* * * * * PARA USO EXCLUSIVO DE RECERTIFICACIÓN DE LA PERSONA DE TERCERA EDAD * * * * *				
<ul style="list-style-type: none"> Participants address and continued interest in receiving CSFP benefits has been verified. La dirección y el querer de continuar en el programa CSFP del solicitante fueron verificados. Local agency has sufficient reason to believe participant (s) still meets the income eligibility standards (e.g. the elderly person has a fixed income) La agencia local tiene suficiente creencia que los solicitantes continúan siendo elegibles para el programa (la persona de tercera edad tiene ingresos fijos.) Local agency has notified participant verbally or in writing of the period of the extension. La agencia local a notificado el participante verbalmente o por escrito del periodo de extensión. 				
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA CERTIFICADO	PERIOD OF CERTIFICATION	
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA CERTIFICADO	PERIOD OF CERTIFICATION	
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA CERTIFICADO	PERIOD OF CERTIFICATION	
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA CERTIFICADO	PERIOD OF CERTIFICATION	
CERTIFYING OFFICIAL SIGNATURE	FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA CERTIFICADO	PERIOD OF CERTIFICATION	

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de 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 sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la 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, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, 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. Haga llegar su formulario lleno o 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.

Enviar correo a:
Community Food Share
650 S. Taylor Avenue
Louisville, CO 80027

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.