

Formulario 402002 Formulario para declarar necesidad completado por el solicitante de CSFP



Nombre del participante:		Debe proporcionar prueba	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
		Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo.
Dirección:	Apt#:	Ciudad:	Código postal:
Número de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa		Dirección de correo electrónico:	

¿Cuál son los ingresos totales en su hogar? \$ _____ ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Los ingresos del hogar reportados se reciben [Marque uno]: Semanalmente Mensualmente Anualmente

**Guías de ingresos para adultos mayores del CSFP en 2022-23 -
130% del límite de pobreza**

Integrantes de la unidad familiar	Anual	Mensualmente	Semanalmente
1	\$17,667	\$1,473	\$340
2	\$23,803	\$1,984	\$458
3	\$29,939	\$2,495	\$576
4	\$36,075	\$3,007	\$694
5	\$42,211	\$3,518	\$812
6	\$48,347	\$4,029	\$930
7	\$54,483	\$4,541	\$1,048
8	\$60,619	\$5,052	\$1,166
Por cada miembro adicional en la vivienda, añadida:	\$6,136	\$512	\$118

Miembro del hogar	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Género [Marque uno]
2				Hombre o Mujer
3				Hombre o Mujer
4				Hombre o Mujer

Para los miembros adicionales en la vivienda, voltee la página.

¿Es usted de origen hispano o latino? [Marque solo uno] Sí No

¿Cuál es su raza? [Marque todo lo que corresponda] Indio americano o nativo de Alaska Asiático Blanco Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

"Se está completando porque está relacionada con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información de este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada puede someterme a un proceso judicial en virtud de las leyes estatales y federales aplicables. También soy consciente de que no puedo recibir los beneficios del CSFP en más de un centro del CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada se puede compartir con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. Me han informado acerca de mis derechos y obligaciones en el marco del programa. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi 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 de programas. (Indique su decisión marcando la casilla correspondiente). SÍ NO

Firma del Participante / Cuidador [Marque una]:

Nombre del cuidador en letra imprenta:

Apoderado 1 - Nombre en letra de imprenta: Firma del Apoderado 1:

Fecha:

Apoderado 2. Nombre en letra de imprenta: Firma del Apoderado 2:

Fecha:

Nombre del centro:

Condado:

Firma del representante del centro:

Fecha:

La declaración de no discriminación del USDA está en el reverso. Voltee la página.

Miembro del hogar	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Género Encierre uno
5				Hombre o Mujer
6				Hombre o Mujer
7				Hombre o Mujer
8				Hombre o Mujer

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto 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 además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, rellene el [formulario de queja por discriminación del programa del USDA](#), (AD-3027) que se encuentra en línea en [Cómo presentar una queja](#), y en cualquier oficina del USDA, o puede escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completados al USDA a través de:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) por fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.