

# Form 402022 CSFP Outreach Flyer



## FREE FOOD FOR SENIORS

### Commodity Supplemental Food Program – PA SENIOR FOOD BOX PROGRAM

#### What do you need to know to be eligible?

If you are 60 years of age or older. If your total household income is below 130%.

2022-23 CSFP Income Guidelines – Elderly 130% of Poverty

Household Size	Annual	Monthly	Weekly
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
For each additional household member, add:	\$6,136	\$512	\$118

#### What will you receive in the food box?

FRUITS & JUICES..... 1 juice & 3 fruits or 1 juice, 2 fruits, 1 raisin  
 VEGETABLES ..... 8 vegetables or 6 vegetables & dehydrated potatoes  
 CHEESE..... 2-pound block  
 MILK..... 2 UHT milk – 32 oz each  
 MEAT, POULTRY & FISH ..... 1 beef or 1 chili & 1 poultry or fish  
 PLANT-BASED PROTEIN ..... 3 peanut butter, canned beans, dry beans, or lentils  
 CEREALS..... 2 dry, farina, rolled oats or grits  
 PASTA & RICE ..... 2 pasta or white/brown rice

#### What information will you need at registration?

**Verification of Identification** - Must Include Date of Birth & Current Address

**NOTE:** if you have additional people in your household you will need to know their monthly income, birth date and of course name for each additional person.

#### Where do you get more information?

*Call: 215-223-2220*

**The Non-Discrimination Statement is on the back. Please turn over.**

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: 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; or
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provide.

# Folleto de divulgación 402022 del CSFP



## ALIMENTOS GRATUITOS PARA ADULTOS MAYORES

### Programa Suplementario de Comestibles Básicos - PROGRAMA DE CAJAS DE ALIMENTOS PARA PERSONAS MAYORES DE PA

#### ¿Qué necesita para cumplir con los requisitos?

Tener 60 años o más. Los ingresos totales de su hogar deben no deben superar el 130% del límite de pobreza.

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, añada:	\$6,136	\$512	\$118

#### ¿Qué recibirá en la caja de alimentos?

FRUTAS Y JUGOS 1 jugo y 3 frutas o 1 jugo, 2 frutas, 1 pasa

VERDURAS 8 verduras o 6 verduras y papas deshidratadas

QUESO Bloque de 2 libras

LECHE 2 leches UHT - 32 onzas cada una

CARNE, AVES Y PESCADO 1 pieza de carne de res o 1 chile con carne y 1 pieza de ave o pescado

PROTEÍNAS VEGETALES 3 mantequilla de cacahuete, frijoles en lata, frijoles secos o lentejas

CEREALES 2 paquetes de avena seca, en harina, copos o sémola

PASTA Y ARROZ 2 de pasta o arroz blanco/integral

#### ¿Qué información necesitará en la inscripción?

**Verificación de la identificación:** debe incluir la fecha de nacimiento y la dirección actual

**NOTA:** si hay más personas en su hogar, necesitará conocer sus ingresos mensuales, la fecha de nacimiento y, por supuesto, el nombre de cada persona adicional.

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

## ¿Dónde se puede obtener más información?

215-223-2220

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las 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 contra el programa, rellene el [Formulario de denuncia de discriminación del programa del USDA](#), (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y brinde 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 completados al USDA a través de:

- (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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

# Form 402002 CSFP Applicant Self-Declaration of Need WRITE-IN Form



<b>Name of Participant:</b>	<b>Must Provide Proof</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<b>Street Address:</b>	<b>Date of Birth:</b>	<input type="checkbox"/> Prefer not to say.
<b>Apt#:</b>	<b>City:</b>	<b>Zip:</b>

<b>Phone Number:</b>	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home	<b>Email address:</b>
----------------------	---	-----------------------

**What is your total household income? \$ \_\_\_\_\_ How many persons live in your household? \_\_\_\_\_**

**Household Income Reported is Received [Check One]:**  Weekly  Monthly  Annually

2022-23 CSFP Income Guidelines – Elderly 130% of Poverty			
Household Size	Annual	Monthly	Weekly
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
For each additional household member, add:	\$6,136	\$512	\$118

  

Household Member	First Name	Last Name	Birthdate	Gender [Circle One]
2				Male or Female
3				Male or Female
4				Male or Female

**For additional household members turn over.**

**Are you Hispanic or Latino? [Check Only One]**  Yes  No

**What is your race? [Check All That Apply]**  American Indian or Alaska Native  Asian  White  
 Black or African American  Native Hawaiian or Another Pacific Islander

"This application is being completed in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form. I am aware that deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable State and Federal statutes. I am also aware that I may not receive CSFP benefits at more than one CSFP site at the same time. Furthermore, I am aware that the information provided may be shared with other organizations to detect and prevent dual participation. I have been advised of my rights and obligations under the program. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.

I authorize the release of information provided on this application form to other organizations administering assistance programs for use in determining my eligibility for participation in other public assistance programs and for program outreach purposes. (Please indicate decision by placing a checkmark in the appropriate box.) YES  NO

**Signature of  Participant /  Caretaker [Check One]:**

**Print Name of Caretaker:**

<b>Proxy 1 – Print Name:</b>	<b>Proxy 1 Signature:</b>	<b>Date:</b>
------------------------------	---------------------------	--------------

<b>Proxy 2 – Print Name:</b>	<b>Proxy 2 Signature:</b>	<b>Date:</b>
------------------------------	---------------------------	--------------

<b>Site Name:</b>	<b>County:</b>
-------------------	----------------

<b>Site Representative Signature:</b>	<b>Date:</b>
---------------------------------------	--------------

**USDA Non-Discrimination Statement is on the back. Please turn over.**

Household Member	First Name	Last Name	Birthdate	Gender Circle One
5				Male or Female
6				Male or Female
7				Male or Female
8				Male or Female

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: [How to File a Complaint](#), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: 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; or
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

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



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

¿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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.