

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, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: [USDA Program Discrimination Complaint Form Instructions](#), from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted 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; or
2. fax:
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. email:
program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

Formulario 502002 Formulario para declarar necesidad completado por el solicitante de CSFP



Nombre del participante:		Debe proporcionar prueba Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <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 _____

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	\$18,954	\$1,580	\$365
2	\$25,636	\$2,137	\$493
3	\$32,318	\$2,694	\$622
4	\$39,000	\$3,250	\$750
5	\$45,682	\$3,807	\$879
6	\$52,364	\$4,364	\$1,007
7	\$59,046	\$4,921	\$1,136
8	\$65,728	\$5,478	\$1,264
Por cada miembro adicional en la vivienda, añada:	\$6,682	\$557	\$129

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.