DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS PARA LA TERCERA EDAD DE MISSOURI
ASISTENCIA COMUNITARIA PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN
(Community Food and Nutrition Assistance, CFNA)
PROGRAMA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS COMPLEMENTARIOS
(Commodity Supplemental Food Program, CSFP)

ENCUESTA SOBRE EL PROGRAMA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS

El solicitante o cualquier miembro del hogar que reúne los requisitos ¿participa en un CSFP de otro centro?
☐ SI ☐ NO

El uso y la recepción indebidos de las prestaciones del CSFP como resultado de una doble participación u otra **infracción al programa puede derivar en una demanda contra la persona** para que devuelva el valor de las prestaciones, y también podría llevar a la descalificación para el CSFP.

NOMBRE DEL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN	CONDADO

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO	CANTIDAD TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR

NOMBRES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR	EDADES	FECHA DE NACIMIENTO

Para incluir a más miembros del hogar, utilice el reverso del formulario.

SE DEBE INFORMAR CUALQUIER MODIFICACIÓN

Los participantes deben informar cualquier modificación de los ingresos o la composición del hogar **dentro de los 10 días** posteriores a que los miembros del hogar se enteren de la modificación.

Indique la fuente y el monto actual (del último mes) de los ingresos antes de las deducciones, como los impuestos o el seguro social. Este monto debe incluir los ingresos de todos los miembros del hogar. “Otros” ingresos abarcan comisiones, indemnizaciones por huelga, ingresos provenientes de fideicomisos, contribuciones de familiares, etc. Si los ingresos del mes pasado no son representativos de los ingresos normales del hogar, también indique los ingresos promedio de los 12 meses anteriores.

☐ **Verifique que los ingresos del hogar representan un promedio.**

INGRESOS DEL HOGAR	MONTO	FRECUENCIA CON LA QUE SE RECIBEN
Salario bruto/Remuneración		
Seguro social		
Asistencia pública (Programas de bienestar social)		
Manutención de niños/Pensión alimenticia		
Pensiones/Jubilación		
Trabajo por cuenta propia		
Desempleo		
Otros ingresos		
Ingresos totales del hogar		

NOMBRE DEL SOLICITANTE

INFORMACIÓN SOBRE LA ETNIA Y LA RAZA (OPCIONAL). INDIQUE SU RAZA (ELIJA UNA O VARIAS OPCIONES)

¿ES DE ORIGEN HISPANO O LATINO? ☐ Sí ☐ No	**Indio americano o nativo de Alaska**	**Asiático**	**Negro o afroamericano**	**Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico**	**Blanco**
	☐	☐	☐	☐	☐

ANTES DE FIRMAR, CONOZCA SUS DERECHOS Y LO QUE REPRESENTA SU FIRMA:

√ Las normas para participar en el programa son las mismas para todos, sin distinción de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), edad o discapacidad, y sin que se tomen represalias por haber participado previamente en algún programa por cuestiones de derechos civiles, o en actividades dirigidas o financiadas por el Departamento de Agricultura de los EE.UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA).

√ Puede apelar cualquier decisión que tome la agencia local con respecto a su denegación o expulsión del programa.

√ Recibirá información sobre nutrición, salud y servicios sociales y se lo incentivará a solicitar la asistencia que necesite.

√ Debe informar cualquier modificación en los ingresos o la composición del hogar dentro de los 10 días posteriores a que los miembros se enteren de la modificación.

√ Si se aprueba su solicitud, la agencia local le ofrecerá instancias de educación alimentaria e incentivará que participe en ellas.

√ Soy consciente de que la tergiversación deliberada de la información puede derivar en procesos judiciales en conformidad con las leyes estatales y federales aplicables.

√ Soy consciente de que no podré recibir prestaciones del CSFP en más de un centro del CSFP al mismo tiempo.

√ Soy consciente de que es probable que la información que proporcione se comparta con otras organizaciones para detectar y evitar la doble participación.

Está completando esta solicitud a fin de recibir asistencia federal. Los funcionarios del programa verificarán la información detallada en este formulario. He sido informado sobre mis derechos y obligaciones en el marco del programa. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que proporcioné para la determinación de mi elegibilidad es correcta.

Autorizo que se comparta información proveniente de este formulario de solicitud con otras organizaciones que ofrezcan programas de asistencia a fin de que la utilicen para determinar mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y con fines de divulgación del programa. (Indique su decisión marcando la casilla correspondiente).

☑ Sí ☐ No

FIRMA DEL SOLICITANTE O SU TUTOR ▶	FECHA
ACTUALICE LA INFORMACIÓN, FIRME Y FECHE PARA LA CERTIFICACIÓN POSTERIOR A ESTAR EN LISTA DE ESPERA ▶	FECHA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA CERTIFICADORA

☐ IDENTIDAD/EDAD COMPROBADA: DESCRIBA LAS PRUEBAS PROPORCIONADAS	☐ RESIDENCIA COMPROBADA: DESCRIBA LAS PRUEBAS PROPORCIONADAS	LOS INGRESOS CUMPLEN REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD ☐ SÍ ☐ NO
SE ENTREGÓ EL FOLLETO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES (H&SS) ☐ SÍ ☐ NO	EL SOLICITANTE ES ELEGIBLE ☐ SÍ ☐ NO	DISPONIBILIDAD DE CASOS ☐ SÍ ☐ NO
SE PRESENTÓ LA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO	FECHA DE LA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO	
☐ NOTIFICACIÓN DEL ESTADO DE LA CERTIFICACIÓN ☐ NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN ADVERSA		
☐ SE INCLUYÓ EN LA LISTA DE ESPERA: FECHA	FECHA DE CERTIFICACIÓN	
FIRMA Y CARGO DEL FUNCIONARIO CERTIFICADOR		
PERIODO DE LA CERTIFICACIÓN		
COMIENZO DEL MES/AÑO	FINAL DEL MES/AÑO	
FECHA DE LA VERIFICACIÓN DEL SEGUNDO AÑO (MES/AÑO)	FECHA DE LA VERIFICACIÓN DEL TERCER AÑO (MES/AÑO)	

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), esta institución no tiene permitido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, ni tomar represalias por haber participado previamente en algún programa por cuestiones de derechos civiles.
La información del programa estará disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense) deberán comunicarse con la agencia local o estatal responsable de gestionar el programa, con el Centro de Tecnologías y Recursos Accesibles que Brindan Empleo en la Actualidad (Technology and Accessible Resources Give Employment Today, TARGET) del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o con el USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en el marco del programa, el denunciante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de denuncia de discriminación en el marco del programa del USDA, que puede obtenerse en línea en https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, en cualquier oficina del USDA, por teléfono al (866) 632-9992 o a través de una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante y una descripción por escrito del supuesto acto discriminatorio con los detalles suficientes para informarle al subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de cualquier supuesta infracción contra los derechos civiles. Deberá enviar el formulario AD-3027 completo o la carta al USDA a través de los siguientes medios:

1. **Correo**: Departamento de Agricultura de los EE.UU.
   Oficina del subsecretario de Derechos Civiles
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410

2. **Fax**: (833) 256-1665 o (202) 690-7442

3. **Correo electrónico**: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.