



Division of
Women, Infants &
Children

Programa Suplementario de Alimentos Básicos
(CSFP)

Solicitud del participante

**Formulario CSFP
0003**

En vigencia a partir de
04/01/2025

Agencia local	Lugar de distribución
----------------------	------------------------------

Información del hogar (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) *Para ser completado por el solicitante, miembro del hogar, representante autorizado o agencia encargada de determinar la elegibilidad.*

Nombre del solicitante (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Código de área y número de teléfono
	Género M F NB ☐ ☐ ☐

¿Ha recibido alguna vez alimentos del Programa Suplementario de Alimentos Básicos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿dónde? _____

Fecha en que el solicitante recibió por última vez alimentos del CSFP: _____

Descripción de ingresos		Cantidad	Frecuencia
Cantidad total de miembros del hogar	Ingresos brutos totales (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar \$ ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual		Nota: Los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) no cuentan como ingresos.

Pautas de ingresos del CSFP (150 % de pobreza)

Por la presente, certifico que los ingresos de mi hogar son iguales o inferiores a las siguientes pautas: **Sí [] No []**

Cantidad de miembros del hogar	Anual	Mensual	Cantidad de miembros del hogar	Anual	Mensual
1	\$ 23,475	\$ 1,957	5	\$ 56,475	\$ 4,707
2	\$ 31,725	\$ 2,644	6	\$ 64,725	\$ 5,394
3	\$ 39,975	\$ 3,332	7	\$ 72,975	\$ 6,082
4	\$ 48,225	\$ 4,019	8	\$ 81,225	\$ 6,769
Por cada miembro adicional del hogar, agregue				\$ 8,250	\$ 688

Para ser completado por el personal del programa

Elegibilidad	Categoría	Determinación	Fecha de envío de la notificación de determinación:	
Ingresos ☐ Sí ☐ No	☐ Edad elegible	☐ Elegible	Fecha de la determinación:	
Residencia ☐ Sí ☐ No	☐ No categóricamente elegible	☐ No elegible	Fecha de la visita inicial:	
		☐ Elegible-En Lista de Espera	Período de certificación	
Firma-Persona que toma la determinación		Cargo-Persona que toma la determinación		

Reconocimiento del participante

Si se me incluye en el programa, recogeré los alimentos según las indicaciones. El incumplimiento de las indicaciones para recoger los alimentos puede dar lugar a mi exclusión del programa.

Entiendo que si elijo enviar a un suplente (representante) para retirar mis alimentos, debo tener en los registros un formulario de representación completado donde designe a esa persona.

Entiendo que los alimentos proporcionados por este programa están destinados al participante para el que se indican.

Audiencia imparcial

Puedo apelar cualquier decisión adversa tomada con respecto a mi elegibilidad para participar en el Programa. Tanto mi cuidador como yo podemos solicitar una audiencia imparcial mediante la presentación de una solicitud verbal o escrita a un funcionario de la agencia estatal o local en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de notificación de una acción adversa.

DEBE COMPLETARSE: Si el solicitante se niega, rellene esta sección basándose en la determinación visual de la persona de admisión.

Origen étnico: Hispano o latino ☐ No hispano ni latino ☐

Raza: Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐

Certificación (DEBE LEERSE AL SOLICITANTE ANTES DE FIRMAR):

Esta solicitud se completa en relación 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 enjuiciamiento en virtud de los estatutos estatales y federales aplicables. También estoy consciente de que no puedo recibir beneficios del CSFP en más de un lugar del CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la participación doble. Se me han informado mis derechos y obligaciones en virtud del programa, incluido el derecho a apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi denegación o finalización del Programa y que la agencia local pondrá a mi disposición educación nutricional y se me alienta a participar. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta de acuerdo con 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 del programa. (Indique su decisión marcando la casilla correspondiente).

SÍ

☐

NO

☐

Firma– Solicitante	Fecha	Nombre del Representante – Opcional <i>(escriba en letra imprenta)</i>
--------------------	-------	---

CERTIFICACIÓN DEL PERSONAL: Certifico que he leído esta página al solicitante y que se han completado todos los puntos.

Nombre en letra imprenta del personal	Fecha	Firma del personal
---------------------------------------	-------	--------------------

NO DISCRIMINACIÓN:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en un 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, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, así como una descripción escrita de la presunta acción de discriminación lo suficientemente detallada como para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse 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: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Para obtener información adicional sobre asistencia, consulte la página siguiente.

Para obtener información sobre la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Visite <https://www.ssa.gov/> o busque la oficina local de la División de Recursos Familiares en <https://www.in.gov/fssa/dfr/ebt-hoosier-works-card/find-mylocal-dfr-office/>

Para obtener información sobre Medicaid o SNAP

Visite <https://fssabenefits.in.gov/bp/#/> para presentar una solicitud en línea

○
Busque su oficina local de la División de Recursos Familiares en <https://www.in.gov/fssa/dfr/ebt-hoosier-works-card/find-my-local-dfr-office/>

○
Reciba una copia de listados locales y mapa de la agencia local.

Solicite el programa de Ayuda Adicional de la Parte D de Medicare

El programa de Ayuda Adicional ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir o eliminar los costos de la Parte D.

La Parte D de Medicare proporciona cobertura de medicamentos. El programa Ayuda Adicional le ayuda con el costo de sus medicamentos recetados, como deducibles y copagos. Puede solicitar la Ayuda Adicional en cualquier momento antes o después de inscribirse en la Parte D.

Documentos que le ayudarán a prepararse

Reúna estos documentos para usted y su cónyuge:

- Extractos bancarios y declaraciones de impuestos
- Saldos de Cuenta Individual de Jubilación (IRA) o plan 401(k)
- Extractos de pensiones, prestaciones para veteranos, rentas anuales y beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

Solicite la Ayuda Adicional en línea en <https://secure.ssa.gov/i1020/Ee001View.action>

Si necesita ayuda para completar esta tarea programe una cita

Disponible en la mayoría de las zonas horarias de EE. UU. de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., en inglés, español y otros idiomas.

Llame al [+1 800-772-1213](tel:+18007721213)

Dígale al representante que desea programar una cita para solicitar la Ayuda Adicional de la Parte D.

Llame al TTY [+1 800-325-0778](tel:+18003250778) si es sordo o tiene problemas de audición.

Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional

Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional.

Coordinación Medicare/Medicaid

<https://www.cms.gov/medicare/medicaid-coordination/qualified-medicare-beneficiary-program>

Para obtener información sobre el programa de nutrición del mercado de agricultores para personas mayores (SFMNP)

<https://www.medialab.com/dv/dl.aspx?d=3101228&dh=a99fa&u=95194&uh=670d6>