

MUESTRA SOLICITUD DE PARTICIPANTES

Información del hogar: Debe ser completada por el solicitante o representante autorizado					
Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):		Número de teléfono:		Fecha de solicitud:	
Dirección de la calle (incluya el # de apartamento si corresponde):		Ciudad:	Cremallera:	Estado:	Condado:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Edad actual:	Ingreso bruto total del hogar (antes de las deducciones): \$ _____			
Tamaño del hogar (Número total de miembros del hogar, incluido el solicitante): _____		☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Cada 2 semanas ☐ Semanal ☐ Sin ingresos			
Directrices de ingresos del CSFP para 2026 (150% de la tasa de pobreza)					
Por la presente certifico que los ingresos de mi hogar son iguales o inferiores a las siguientes pautas. ☐ Sí ☐ No					
Tamaño del hogar	Ingresos anuales	Ingreso mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Ingreso semanal
1	\$23,940	\$1,995	\$998	\$922	\$461
2	\$32,460	\$2,705	\$1,353	\$1,250	\$625
3	\$40,980	\$3,415	\$1,708	\$1,578	\$789
4	\$49,500	\$4,125	\$2,063	\$1,904	\$952
5	\$58,020	\$4,835	\$2,418	\$2,232	\$1,116
6	\$66,540	\$5,545	\$2,773	\$2,560	\$1,280
7	\$75,060	\$6,255	\$3,128	\$2,888	\$1,444
8	\$83,580	\$6,965	\$3,483	\$3,216	\$1,608
Para cada miembro adicional de HH, agregue:	\$8,520	\$710	\$355	\$328	\$164
Datos étnicos/raciales: SOLO para fines estadísticos					
Categoría étnica (Seleccione una): ¿Eres hispano o latino? ☐ Sí ☐ No		Categoría racial (seleccione una o más): ☐ Indio americano o nativo de Alaska africano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Americano ☐ Prefiere no revelar ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro o			
Información de poder: Un apoderado es una persona a la que el solicitante puede autorizar para que recoja los paquetes de alimentos de CSFP en su nombre durante un período de tiempo específico. El apoderado debe tener al menos 18 años de edad y debe traer un comprobante de su identificación para recoger el paquete de alimentos CSFP. Si desea designar un apoderado, complete la información a continuación.					
Nombre del apoderado (debe tener al menos 18 años de edad):			Período de tiempo designado para la recogida de alimentos de CSFP (mes / año):		

USO OFICIAL (Personal de la Agencia Local/Voluntarios)

Criterios de elegibilidad: ☐ Edad ☐ Renta ☐ Se confirmó la identificación del solicitante del condado de residencia ☐

Fuente(s) de verificación para la identificación,

Edad y condado de residencia: ☐ Licencia de conducir ☐ Identificación emitida por el estado ☐

Otro _____

Nombre del documento (si es otro):

Nombre en letra de imprenta del personal/voluntario de Los Ángeles:

Firma del personal de Los Ángeles/Personal voluntario: _____ Fecha:

CONTINUAR ATRÁS

USO OFICIAL (Debe ser completado solo por el personal de la agencia local)		
Estado: ☐ Elegible (Lista Activa) ☐ Elegible (Lista de espera)	Método de notificación: ☐ Verbal ☐ Carta	Fecha de notificación:
Período de certificación inicial: De _____ a _____	Período de recertificación: 1. De _____ a _____ 2. De _____ a _____	Fechas de notificación de la recertificación 1. _____ 2. _____
Si corresponde: Fecha certificada como activa de la lista de espera:		
Estado: ☐ Inelegible ☐ Terminado ☐ Descalificado ☐ Terminado		Fecha de la notificación por escrito:
No elegible/descontinuado/descalificado/terminado-motivo:		
Nombre del personal de Los Ángeles (en letra de imprenta): _____ Título: _____ Firma del personal de Los Ángeles: _____ Fecha de determinación: _____		
De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los motivos se aplican a todos los programas). Los recursos disponibles y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en Programas del USDA, AD-3027, disponible en línea en Cómo presentar una queja por discriminación en un programa y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya 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 completado o carta al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. <i>El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.</i>		
Certificación: Esta solicitud se está completando en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento en virtud de los estatutos estatales y federales aplicables. También soy consciente de que es posible que no reciba los beneficios de CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en virtud del programa. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de 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 del programa. (Indique la decisión colocando una marca de verificación en la casilla correspondiente). ☐ SÍ ☐ NO		
Firma del solicitante/Representante Autorizado (Marque Uno):		Fecha:

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN : Completar la aplicación solo en tinta negra o azul.

Deberá ser cumplimentado por el solicitante o representante autorizado

Nombre del solicitante	Indique el apellido, el nombre y la inicial del segundo nombre del solicitante.
Número de teléfono	Indique el código de área y el número de teléfono del solicitante.
Fecha de solicitud:	Indique la fecha de la solicitud.
Dirección de la calle	Indique la dirección del solicitante y, si corresponde, el número de apartamento.
Ciudad	Indique la ciudad de residencia del solicitante.
Código postal	Indique el código postal del solicitante.
Condado	Indique el condado de residencia del solicitante.
Fecha de nacimiento	Indique el mes, el día y el año de nacimiento del solicitante.
Edad actual	Indique la edad del solicitante.
Ingreso bruto total del hogar y con qué frecuencia se recibe	Enumere el ingreso bruto total del hogar (antes de las deducciones) y marque la casilla la frecuencia con la que se reciben los ingresos (es decir, semanalmente, mensualmente, etc.). Si nadie en el hogar recibe ingresos, marque la casilla Sin ingresos.
Tamaño del hogar	Enumere el número total de miembros del hogar, incluido el solicitante.
Certificación de Ingresos	Marque Sí o No para certificar que los ingresos del hogar están dentro de los límites permitidos de las pautas. Marque Sí, si el solicitante no puede proporcionar prueba de ingresos y declara que los ingresos de su hogar están por debajo del 130% de las pautas actuales de pobreza de ingresos.
Datos étnicos y raciales	Esta pregunta es opcional para el solicitante. Seleccione una etnia, luego seleccione una o más categorías de raza. El solicitante también puede seleccionar "Prefiere no divulgar".
Proxy	Complete solo si autoriza a una persona a obtener los kits de alimentos CSFP en nombre del solicitante. Proporcione el nombre del apoderado y el período de tiempo en el que el solicitante designa a la persona como apoderado.
Declaración de certificación	Lea la declaración de certificación y marque Sí o No.
Firma del solicitante/ Representante Autorizado	La persona para la cual se solicitan los beneficios del CSFP debe firmar la solicitud. Si el La solicitud está siendo realizada por un representante autorizado, el representante autorizado puede firmar en nombre del solicitante.
Fecha de firma	Indique la fecha en que se firmó la solicitud.

Uso oficial: debe ser completado por el personal del sitio de la agencia local / voluntario solamente.

Criterios de elegibilidad/	Una vez que se hayan verificado/confirmado los criterios de elegibilidad y la identificación del solicitante,
Identificación del solicitante	Marque todas las casillas correspondientes. Si no se puede marcar alguna casilla como corresponde, el solicitante no es elegible para participar.
Fuente(s) de verificación	Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para la(s) fuente(s) de verificación utilizada(s) para verificar/confirmar la identificación, la edad y el condado de residencia del solicitante (es decir, licencia de conducir, identificación emitida por el estado, etc.). Si se marca Otro, indique el nombre del documento (es decir, pasaporte, certificado de nacimiento, tarjeta de Medicare, etc.). Una tarjeta de Seguro Social no es una fuente aceptable de verificación.
Nombre impreso del personal/voluntario de Los Ángeles	Escriba el nombre del personal/voluntario designado de la Agencia Local que verifica la información en la solicitud.
Firma del personal/voluntario de Los Ángeles/Fecha	Proporcione la firma de la persona designada Personal/voluntario de la Agencia Local y la fecha en que se recibe o se toma la solicitud.

Uso oficial: debe ser completado solo por el personal de la agencia local

Estado - Elegible Activo, Lista de Espera	Marque la casilla correspondiente.
Método de notificación/fecha	Marque la casilla correspondiente y proporcione la fecha de notificación.
Período de certificación inicial	Indique la fecha del período de certificación original.
Período/fecha de recertificación	Si corresponde, indique el período de recertificación y la fecha en que se notificó al solicitante su recertificación.
Fecha certificada como activa de la lista de espera	Si corresponde, proporcione la fecha en que el participante fue certificado como Activo de la lista de espera.
Estado: No elegible/descontinuado,	Marque la casilla correspondiente y proporcione la fecha en que se proporcionó la notificación por escrito.
Descalificado, Terminado - Motivo/Fecha	
Nombre/Título impreso del personal de Los Ángeles	Escriba el nombre y el cargo del personal de LA.

Firma/Fecha del personal de Los Ángeles El personal de LA que realiza la determinación de elegibilidad/inelegibilidad debe firmar y proporcionar la fecha en que se realizó la determinación de elegibilidad/inelegibilidad.