

Participant Application

Household Information To be completed by the applicant, household member, authorized representative, or the eligibility specialist

Name of Applicant (Last, First, Middle Initial)/Nombre del solicitante (último, primero, inicial de segundo)		Site Name/Nombre del sitio	Date of Birth/La fecha de nacimiento
Address (Street, City, State, ZIP Code)/Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Area Code and Phone No. Código de área y número de teléfono	Gender/el género Male/masculino <input type="checkbox"/> Female/la mujer <input type="checkbox"/>
Have you ever received food from the Commodity Supplemental Food Program (CSFP)? ¿Ha recibido alguna vez la comida de Commodity Supplemental Food Program (CSFP)?	Yes/Sí ... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Date applicant last received food from the CSFP El candidato de la fecha dura la comida recibida del CSFP	
If yes, where? ¿Si sí, dónde?			
Total Number of Household Members/Número total de miembros del hogar	Total Gross Income (before deductions) of all Household Members Total ingresos brutos (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar		
	\$ Weekly	\$ Monthly	\$ Yearly

Note: SNAP benefits do not count as income. Nota: Beneficios de SNAP no cuentan como ingreso.

Ethnicity (select one category)/Origen étnico (seleccione una categoría) Hispanic or Latino/Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino/No hispano o Latino <input type="checkbox"/>
Race (select one or more categories)/Raza (seleccione una o más categorías) Black or African American/Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native/Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asian/asiático <input type="checkbox"/> White/el blanco <input type="checkbox"/>

Nondiscrimination Statement

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, 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. **This institution is an equal opportunity provider.**

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien 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 denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta 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: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. **Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

Certification Read the certification statement to the applicant, or ensure that the applicant reads the statement.

<ol style="list-style-type: none"> 1. This application is being completed in connection with the receipt of Federal assistance. 2. Program officials may verify information on this form. 3. I have received notice of my rights, obligations, and fair hearing request. 4. I am aware that deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable State and Federal statutes. 5. I am also aware that I may not receive both CSFP and WIC benefits simultaneously, and I may not receive CSFP benefits at more than one CSFP site at the same time. 6. Furthermore, I am aware that the information provided may be shared with other organizations to detect and prevent dual participation. 7. I have been advised of my rights and obligations under the program. 8. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge. 9. 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. <i>Please place a mark in the appropriate box. Yes No</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esta aplicación se completa con respecto a la recepción de asistencia Federal. 2. Oficiales del programa pueden verificar la información en este formulario. 3. He recibido aviso de mi petición de audiencia imparcial, derechos y obligaciones. 4. Soy consciente de que tergiversación deliberada me puede someter a procesamiento bajo leyes estatales y federales aplicables. 5. También soy consciente de que no pueda recibir beneficios de CSFP y WIC simultáneamente, y no pueda recibir beneficios de la CSFP en más de un sitio de la CSFP a la vez. 6. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. 7. He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. 8. Yo certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento. 9. Que autorizo la divulgación de información proporcionada en este formulario a otras organizaciones que administran programas de ayuda para determinar mi elegibilidad para la participación en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa. <i>Colocando una marca en la casilla correspondiente. Sí No</i>
--	--

Initial Application To be completed by program staff

Eligibility	Category	Determination
Income <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Determine with documentation such as: <ul style="list-style-type: none"> • Social Security award letter • Pay stub from previous month • Income tax return • Bank statement • SSI award letter Categorical <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Residence <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Elderly <input type="checkbox"/> Not categorically eligible	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Eligible and On Waiting List <input type="checkbox"/> Not Eligible Determination Date _____ Date of Initial Visit _____ Certification Period _____ to _____ _____ Signature of Individual Making Determination _____ Title of Individual Making Determination

Ineligibility ES must indicate basis for ineligibility.

I have been advised in writing that I am ineligible to participate in the CSFP and have the right to a fair hearing. I am ineligible to participate based on the following criteria

He sido informado por escrito que soy elegible para participar en el programa de comida suplemental y tienen derecho a una audiencia imparcial. Soy inelegible para participar en base a los siguientes criterios:

Income/los ingresos	Residency/la residencia	Category/la categoría
---------------------	-------------------------	-----------------------

Signatures

Applicant or Proxy's Signature/Firma del participante o representante	Proxy's Name/Nombre del representante	Date/Fecha
---	---------------------------------------	------------