

Commodity Supplemental Food Program

Participant Agreement, Rights, Obligations, and Fair Hearing Request

1. I certify that the information I have provided for eligibility determination is correct to the best of my knowledge.
2. CSFP benefits are provided in connection with the receipt of federal assistance. I understand that deliberate misrepresentation may subject me to civil or criminal prosecution under state and federal law.
3. I may appeal any decision made by the local agency regarding my eligibility for CSFP. A request for a fair hearing can be submitted to the food pantry or to the food bank.
4. Health services referrals and nutrition education will be made available to me and I am encouraged to participate in these services.
5. I understand that participating in the Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children (WIC) and the CSFP at the same time is not allowed and will result in being discontinued from one of the programs.
6. I understand that participating at more than one CSFP site at the same time is not allowed and might lead to disqualification from CSFP.
7. I understand that I must report changes in household income, or changes in the composition of the household, within ten days.
8. If approved for participation in CSFP, consecutive failure to pick up food as directed may result in being dropped from CSFP with 15 days' written notice.
9. I understand that if I choose to send a proxy (an alternate person) to pick up my food, the proxy must 1) be listed as a proxy on my Participant Application or in my file, 2) present my appointment card, if requested, 3) provide his or her identification, and 4) sign for the food package.
10. I understand that the food provided by CSFP is intended for the participants for whom they are supplied.
11. I consent to the release of information to the following: 1) CSFP staff 2) another CFSP agency, if I wish to transfer; 3) other health or welfare programs, to prevent dual participation; 4) USDA; 5) TDA; 6) the food pantry; or 7) the food bank.
12. I have been advised of my rights and obligations under CSFP.
13. I understand that I must not sell nor exchange USDA Foods for nonfood items.
14. I understand that physical abuse, or the threat of physical abuse, of CSFP staff is a program violation. My participation in CSFP may be terminated for this and for other program violations.

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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.

Programa de Comida Básica Complementaria

Acuerdo de participación, derechos, obligaciones y solicitud de audiencia imparcial

1. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.
2. CSFP se proporcionan beneficios en relación con la recepción de asistencia federal. Yo entiendo que la falsificación deliberada, me expone a un proceso civil o criminal bajo las leyes estatales y federales.
3. Yo puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para la CSFP. Una solicitud de audiencia pueda ser sometido a la despensa de alimentos o al banco de alimentos.
4. Servicios de referencias de salud y educación nutricional estarán disponibles a mí y me anima a participar en estos servicios.
5. Entiendo que la participación en el Programa Especial de Alimentación Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños y la CSFP, al mismo tiempo no está permitido y resultará en ser suspendido de uno de los programas.
6. Entiendo que la participación en más de un sitio de la CSFP, al mismo tiempo, no está permitido y podría conducir a la descalificación de la CSFP.
7. Entiendo que debo informar de los cambios en los ingresos familiares, o cambios en la composición del hogar dentro de diez días de cuando ocurra el cambio.
8. Si se aprueba la participación en la CSFP, el fracaso consecutivo para recoger los alimentos como indicados, puede resultar en ser eliminado del programa CSFP dentro de 15 días de aviso por escrito.
9. Entiendo que si decido enviar un apoderado (una persona suplente) para recoger mis alimentos él debe: 1) ser catalogado como un apoderado en mi Solicitud para Participar o en mi archivo, 2) él debe presentar mi tarjeta de cita, si se le solicita, 3) él debe proporcionar su identificación, y 4) él debe firmar por el paquete de alimentos.
10. Entiendo que los alimentos proporcionados por el programa CSFP está dirigido a los participantes de los que se suministre.
11. Doy mi consentimiento para la divulgación de información a la siguiente 1) El personal de la CFSP, 2) otra agencia de la CFSP, si deseo transferir; 3) otros programas de salud o bienestar, para evitar la doble participación; 4) USDA; 5) TDA; 6) la despensa de alimentos; o 7) el banco de alimentos.
12. Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en virtud de la CSFP.
13. Entiendo que no debo vender o intercambiar alimentos del USDA por artículos que no son alimenticios.
14. Entiendo que el abuso físico, o la amenaza de abuso físico, al personal del programa CSFP es una violación. Mi participación en el programa CSFP podría ser terminado por estas razones y por otras violaciones al programa de CSFP.

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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.