



Solicitud de Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos

Nombre del solicitante		Número de teléfono		Condado	
Dirección física (calle, ciudad, código postal)					
Dirección Postal (Si es diferente) (calle, ciudad, código postal)					
Número de caso del cliente		Fecha de nacimiento del solicitante		No. Total de habitantes en el hogar	
Nombres de los miembros del hogar que califican		Edad	Fecha de nacimiento	Número del Caso	

Se deben informar los cambios: los participantes deben informar los cambios en el ingreso o la composición del hogar dentro de los 10 días posteriores a que el cambio sean conocido por el hogar.

Indique la fuente y la cantidad de ingresos actuales (del mes pasado) antes de cualquier deducción, como impuestos y seguro social. Esta cantidad debe incluir los ingresos de todos los miembros del hogar. "Otros" ingresos incluirían comisiones; beneficios de huelga, ingresos de fideicomisos, contribuciones de parientes, etc. Si el ingreso del mes pasado no es representativo del ingreso familiar habitual, indique también el ingreso promedio del hogar durante los 12 meses anteriores.

Ingresos mensuales del hogar	Monto mensual	Monto mensual
Salario bruto, sueldos		
Seguro Social		
Asistencia pública (Beneficio social)		
Pensiones / Jubilación		
Empleado independiente		
Desempleo		
Otro ingreso		
Ingresos totales del hogar		

Pautas de Elegibilidad de Ingresos 2020

Tamaño del hogar	Sénior (Ingreso máximo mensual del hogar)	Sénior (Ingreso máximo anual del hogar)
1	\$1,383	\$16,588
2	\$1,868	\$22,412
3	\$2,353	\$28,236
4	\$2,839	\$34,060
5	\$3,324	\$39,884
6	\$3,809	\$45,708
Para cada miembro adicional de la familia, agregue	\$486	\$5,824

DATOS ÉTNICOS RACIALES (OPCIONAL)

¿Es de origen hispano o latino? (Solo para fines estadísticos) SI NO

¿Cuál es su raza? (Seleccione uno o más)	Indio Americano o Nativo de Alaska	Asiático/a	Negro o Africano Americano	Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico	Blanco

ANTES DE FIRMAR, TENGA EN CUENTA SUS DERECHOS Y LO QUE SIGNIFICA SU FIRMA:

- ✓ Las normas de participación en el programa son las mismas para todos, independientemente de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad y discapacidad.
- ✓ Puede apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a su negación o terminación del programa.
- ✓ Se le proporcionará información de referencia de nutrición, salud y servicios sociales y se le anima a buscar la ayuda necesaria.
- ✓ Si se aprueba su solicitud, la agencia local pondrá a su disposición la educación nutricional y lo motivamos a participar.

Esta solicitud se está completando en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Estoy consciente de que la tergiversación deliberada puede someterme a un enjuiciamiento bajo los estatutos estatales y federales aplicables. También estoy consciente de que es posible que no reciba los beneficios de CSFP y WIC simultáneamente; No puedo recibir los beneficios CSFP en más de un sitio CSFP al mismo tiempo; y el uso indebido o la recepción de los beneficios de CSFP como resultado de la doble participación u otras infracciones del programa pueden dar lugar a un reclamo en mi contra para recuperar el valor de los beneficios y pueden conducir a la descalificación de CSFP. Además, estoy consciente de que la información proporcionada se puede compartir con otras organizaciones para detectar y evitar la doble participación. He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el 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) SI NO

Firma del Solicitante o Guardián	Fecha
Firma del solicitante para la certificación de la lista de espera	Fecha

*** * * * * PARA USO DE LA AGENCIA CERTIFICADORA SOLAMENTE * * * * ***

I have verified the following for each applicant. Check all that apply. <input type="checkbox"/> Identification <input type="checkbox"/> List type of ID <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Place of Residence <input type="checkbox"/> Household members	Applicant is: <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Not Eligible	Category: <input type="checkbox"/> Elderly <input type="checkbox"/> Child	Is caseload available? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Date notice is provided to the applicant.
Certification Period: First Month: _____ Last Month: _____
Certifying Official Signature and Date: