

**Participant Application**

Print pages 1 – 2 for **Certification**.

**Household Information**

<b>Name of applicant</b> /Nombre del solicitante	<b>Address</b> /Dirección	<b>Date</b> /Fecha
<b>Date of birth</b> /La fecha de nacimiento	<b>Phone number</b> /Número de teléfono	<b>Site name</b> /Nombre del sitio
<b>Name of proxy</b> /Nombre del proxy	<b>Phone number</b> /Número de teléfono	<b>Dates of proxy</b> /Fechas de proxy

**Income Information**

**Total gross income (before deductions) of all household members.** *SNAP benefits do not count as income.*  
 Ingreso brutos total (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar. *Beneficios de SNAP no cuentan como ingreso.*

\$ \_\_\_\_\_ **Weekly**/Semanal                      \$ \_\_\_\_\_ **Monthly**/Mensual                      \$ \_\_\_\_\_ **Yearly**/Anual

\_\_\_\_\_ **Number of household members**/Número de miembros del hogar

**Eligibility**

\_\_\_\_\_ **Eligible/Eligible** Applicant is eligible when they meet income, residency, and age requirements./El solicitante es elegible cuando cumple con los requisitos de ingresos, residencia, y edad.

\_\_\_\_\_ **Eligible and on wait list/Eligible y en la lista de espera**

**Dates of certification/Fechas de la certificación:** from/de \_\_\_\_\_ to/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Ineligible/Inelegible** 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 inelegible para participar en el programa de comida suplemental y tengo derecho a una audiencia imparcial. Soy inelegible para participar en base a los siguientes criterios:

\_\_\_\_\_ **Income**/Los ingresos                      \_\_\_\_\_ **Residency**/La residencia                      \_\_\_\_\_ **Age**/La edad

**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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](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](mailto: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](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](mailto:program.intake@usda.gov). **Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

### Ethnicity and Race

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

### Certification Statement

This application is being completed in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form. I am aware that deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable State and Federal statutes. I am also aware that I may not receive CSFP benefits at more than one CSFP site at the same time. Furthermore, I am aware that the information provided may be shared with other organizations to detect and prevent dual participation. I have been advised of my rights and obligations under the program. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.

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.

(Please indicate a decision by placing a checkmark in the appropriate box.) Yes  No

I have received notice of my *Participant Rights and Responsibilities* (Form1516). Yes

A *Written Notice of Beneficiary Rights* was made available. Yes

Esta solicitud se está llevando a cabo en relación con el recibo de asistencia federal. Oficiales del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que una tergiversación deliberada puede someterme a un proceso judicial conforme a los estatutos estatales y federales aplicables. También soy consciente que no puedo recibir 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. He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Yo certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

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 el cuadro apropiado.) Sí  No

He recibido aviso de mi *Derechos y Responsabilidades del Participante* (Form1516). Sí

Se hizo disponible la Notificación por Escrito de los Derechos del Beneficiario. Sí

### Signatures

<b>Applicant or Proxy's Signature</b> /Firma del participante o representante	<b>CE or Site's Signature</b> /CE o firma del sitio
---	---

Print page 3 only as necessary for **annual validation**.

---

Participant's Name and Signature/Nombre y firma del participante

---

Proxy's Name and Signature/Nombre y firma del representante

---

Eligibility Specialist's Name and Signature/Nombre y firma del especialista de elegibilidad

Date/Fecha

1. **Has your address changed?**/¿Ha cambiado su dirección? **Yes/Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

2. **Do you still want to receive CSFP benefits?**/ ¿Desea continuar recibiendo beneficios de CSFP (alimentos de USDA)? **Yes/Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

3. **Does the CE or site believe that the participant still has an income that meets eligibility requirements?** / ¿El CE o el sitio creen que el participante todavía tiene un ingreso que cumple con los requisitos de elegibilidad? **Yes/Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

4. **Dates of annual validation**/Fechas de extensión de la certificación Fechas de validación anual \_\_\_\_\_ to /a \_\_\_\_\_

---

Participant's Name and Signature/Nombre y firma del participante

---

Proxy's Name and Signature/Nombre y firma del representante

---

Eligibility Specialist's Name and Signature/Nombre y firma del especialista de elegibilidad

Date/Fecha

1. **Has your address changed?** /¿Ha cambiado su dirección? **Yes/Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

2. **Do you still want to receive CSFP benefits?** / ¿Desea continuar recibiendo el beneficios de CSFP (alimentos de USDA)? **Yes/Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

3. **Does the CE or site believe that the participant still has an income that meets eligibility requirements?** / ¿El CE o el sitio creen que el participante todavía tiene un ingreso que cumple con los requisitos de elegibilidad? **Yes/Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

4. **Dates of annual validation** / Fechas de validación anual \_\_\_\_\_ to /a \_\_\_\_\_