

**Departamento de Agricultura de Kentucky**  
**Programa de alimentos complementarios de productos básicos**  
**ACUERDO DE PARTICIPANTE**

- Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de elegibilidad es correcta según mi leal saber y entender.
- Los beneficios del programa se proporcionan en relación con la recepción de asistencia federal
- Los funcionarios del programa pueden verificar la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que participar en el Programa Especial de Alimentos Suplementarios para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y el Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos (CSFP) al mismo tiempo no está permitido y resultará en la eliminación de al menos un Programa.
- He sido informado de mis derechos y responsabilidades bajo el Programa CSFP.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de información al personal del Programa CSFP y otras personas responsables de la operación del Programa para la determinación de elegibilidad y actividades relacionadas con la salud que son parte del programa.
- El solicitante debe notificar a la agencia CSFP de cualquier cambio en el hogar dentro de los 10 días posteriores a que el hogar conozca el cambio.
- Entiendo que la tergiversación deliberada puede someterme a un proceso civil o penal según las leyes estatales y federales.
- Puedo apelar cualquier decisión que se tome con respecto a mi elegibilidad para el programa. Se puede presentar una solicitud de audiencia imparcial a la agencia estatal o local.
- La agencia local pondrá a mi disposición servicios de salud y educación nutricional y me animan a participar en estos servicios.
- Si se determina que soy elegible para el programa, recogeré los alimentos suplementarios según las indicaciones. Entiendo que si no recojo los alimentos como se indica, se me puede dar de baja del Programa.
- Entiendo que los alimentos proporcionados por el programa están destinados al participante para quien se recetan.
- Entiendo que CSFP es un programa de alimentación suplementario en lugar de total.

**SOLICITUD DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si no estoy satisfecho con alguna decisión tomada con respecto a mi elegibilidad, se pueden seguir los siguientes procedimientos:

- Puedo solicitar que mi caso sea revisado por *el personal* de la Agencia Local o Agencia Estatal para mayor precisión.
- Puedo solicitar una Audiencia Imparcial hecha oralmente o por escrito poniéndome en contacto con el . Mi solicitud de audiencia debe realizarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha del aviso que me informa sobre la denegación o terminación del Programa CSFP.
- Se programará una audiencia dentro de los 45 días de la fecha de mi solicitud. Se me notificará con al menos 10 días de anticipación sobre la fecha, el lugar y la hora de la audiencia.
- Puedo representarme a mí mismo o seleccionar a un representante para que hable en mi nombre en la audiencia. Si yo o mi representante no podemos presentarnos a la hora y el lugar programados, puedo solicitar al funcionario de audiencias que re programe la audiencia. Puedo solicitar que la audiencia sea reprogramada solo una vez.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por: correo: Departamento de Agricultura de EE. UU., Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410; o fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o correo electrónico: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

El Departamento de Agricultura de Kentucky no discrimina por motivos de raza, color, religión, género, origen nacional, edad (más de 40), orientación sexual, identidad de género, discapacidad, genética, ascendencia o condición de veterano. Se proporcionan adaptaciones razonables a pedido”.

\_\_\_\_\_  
Firma (Solicitante/Participante)

\_\_\_\_\_  
Fecha