

Condado #: \_\_\_\_\_

ID de agencia local: \_\_\_\_\_

ID del sitio de certificación: \_\_\_\_\_

**información del aplicante**

Nombre del solicitante:		Fecha de nacimiento:		Fecha de aplicación:
Dirección:	Ciudad:	Estado: <b>Kentucky</b>	Código postal:	Número de teléfono:
Representante autorizado n.º 1:	Número de teléfono de AR:	Representante autorizado #2:		Número de teléfono de AR:

**Datos raciales/étnicos (solo para fines estadísticos)**

¿Eres hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indio americano o Alaskanativo y blanco	<input type="checkbox"/> asiático y blanco	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano y blanco	<input type="checkbox"/> Indio americano o Alaskanativo y negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Blanco							

Esta solicitud se completa en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada puede someterme a un proceso judicial según los estatutos estatales y federales aplicables. 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. Me han informado de mis derechos y obligaciones según el programa. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi 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 su decisión colocando una marca de verificación en la casilla correspondiente).

SÍ  NO 

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades creíbles anteriores, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

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

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en [Cómo presentar una queja por discriminación en el programa](#) y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completo al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

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

**Ingreso bruto del hogar:** \$ \_\_\_\_\_

Mensual  Quincenal  Cada  2 Semanas  Semanal

**Total de miembros del hogar** \_\_\_\_\_ ( Marque la casilla si está incluida para CSFP)

Indique el nombre de todos los miembros del hogar a continuación y marque la casilla junto al nombre de todos los participantes CSFP.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Datos de certificación (a ser completado por el personal del programa)

Fecha de acción: <input type="checkbox"/> Inicial _____ <input type="checkbox"/> Recertificación #1 _____ <input type="checkbox"/> Recertificación #2 _____	Fecha de finalización de la certificación inicial: _____	Fecha de finalización de la recertificación: _____
Clasificación: (Marque la casilla correspondiente)  <input type="checkbox"/> 6. Personas mayores (de 60 años en adelante) <input type="checkbox"/> 7. Ancianos (60 años/confinados en casa)	Estado: <input type="checkbox"/> Elegible (participante ) <input type="checkbox"/> Elegible (colocado en lista de espera) <input type="checkbox"/> Movido de la lista de espera Fecha: _____ <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Cerrado/Terminado Motivo no elegible o cancelado: _____ Fecha de envío del aviso: _____	
Documentación del método de verificación: <input type="checkbox"/> Elegibilidad de ingresos: _____ <input type="checkbox"/> Residencia: _____		

*Por la presente certifico que esta evaluación se realizó sobre la base de la información contenida en los archivos de la agencia . Todos los criterios de elegibilidad se aplicaron según lo definido por la División de Distribución de Alimentos del Departamento de Agricultura de Kentucky.*

Firma del funcionario de la agencia: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

### Referencias

Indique cualquier referencia realizada a otro servicio a continuación: <input type="checkbox"/> Programa WIC Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Fecha del Programa de Cupones para Alimentos: _____ <input type="checkbox"/> Seguridad Suplementaria ( SSI) Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha: _____	Documentación:
---	----------------