



Solicitud del programa de alimentos complementarios de productos básicos

Este es un programa de asistencia alimentaria para personas mayores. Los miembros de la comunidad que tienen 60 años o más, viven en Cumberland, Oxford o el condado de York y cumplen con las pautas de ingresos son elegibles. Este programa es por individuales, no por hogar, así que cada individual en el hogar puede completar y enviar una solicitud.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): ____/____/19____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Ubicación CSFP (¿donde te registraste?): _____

¿Hay algún amigo, vecino o trabajador social que lo ayude con esto o lo recoja?

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Como te identificas? Por favor marque todos los que apliquen.

Indio Americano o native de Alaska

Etnia: **¿Es usted de origen español, latino, o hispano?** Si No

Asiático

Blanco

Negro o Afroamericano

Otro:

Nativo Hawaiano o isleño del pacífico

en otro caso, por favor especifica _____

Verifique sus ingresos según el tamaño de su hogar.

tamaño del hogar	Ingresos mensuales del hogar	tamaño del hogar	Ingresos mensuales del hogar
1	___ \$0 - \$1,354	4	___ \$0 - \$2,790
2	___ \$0 - \$1,832	5	___ \$0 - \$3,269
3	___ \$0 - \$2,311	6	___ \$0 - \$3,748
>6	___ \$0 - (por cada miembro adicional del hogar, agregue \$479.00)		

Al leer, firmar y fechar este formulario, reconozco que se me ha informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Doy fe de que la información proporcionada es precisa y completa a mi leal saber y entender y que la tergiversación intencionada puede someterme a un proceso judicial según las leyes estatales y federales aplicables. Entiendo que debo notificar a CSFP de todos los cambios en los ingresos, la dirección o la composición del hogar dentro de los 10 días.

Entiendo que CSFP proporcionará alimentos suplementarios; sin embargo, es posible que me retiren del programa si no recojo alimentos durante 3 meses seguidos sin comunicarme con el personal, si vendo alimentos de CSFP o si retengo intencionalmente información relacionada con mi elegibilidad. Soy consciente de que los funcionarios del programa pueden necesitar verificar la información en este formulario y que estoy obligado a cooperar.

Certifico que no recibiré los beneficios de CSFP en más de un sitio. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser divulgada a otras organizaciones que administran programas de asistencia para su uso en la determinación de mi elegibilidad y para detectar y prevenir la participación dual.

La firma: _____ La fecha: _____

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llamar (866) 632-9992(TDD) or (866) 377-8642 (usuarios de transmisión de voz). El USDA es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. El Departamento de Agricultura, Conservación y Silvicultura de Maine no discrimina por motivos de discapacidad, raza, color, credo, género, orientación sexual, edad u origen nacional, en la admisión, acceso u operación de sus programas y servicios. , o actividades, o sus prácticas de contratación o empleo. Este aviso se proporciona según lo exige el Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1975 y la Ley de Derechos Humanos de Maine.

Por favor envíe este formulario a:

Wayside Food Programs, c/o CSFP, P.O. Box 1278, Portland, ME 04104