

# Programa de Comida Suplementaria Básica (PCSB) – Forma de Certificación

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenina Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Participante debe proveer prueba)

Dirección de Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento Primera Inicial Primera 3 letras de apellido) (Últimos 4 dígitos-primera última inicial del apellido)

Ingreso de casa \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas están apoyadas por este ingreso? \_\_\_\_\_  
 Semanal  Mensual  Anual

Fuente de Ingresos:  Incapacidad  Jubilación  Seguridad Social  Subempleo  Desempleo

Documento de Identificación entregado:  Licencia de Conductor  Certificado de Nacimiento  Pasaporte  
 Tarjeta de Identificación de PA  Tarjeta de Extranjero Residente

¿Eres un veterano o esposo(a) o un viudo(a) de un veterano?  Sí  No

## Data de Participación Racial/Étnico

- ¿Eres Hispánico(a) o Latino(a)? [Sólo marca uno]  Sí  No
- ¿Qué es tu raza? [Marca tan much como aplica]  Indio Americano u Nativo(a) de Alaska  Asiático(a)  Blanco(a)  
 Negro(a) o Afroamericano(a)  Nativo(a) Hawaiano(a) o otra Isla Pacifica

## Declaración de Certificación

Esta aplicación está siendo completada en relación al recibo de la ayuda federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información sobre esta forma. Soy consciente que la falsificación deliberada me puede sujetar al procesamiento según Leyes del estado aplicables y Leyes federales. También soy consciente que puedo no recibir tanto PCSB como ventajas de WIC simultáneamente, y puedo no recibir ventajas de PCSB en más de un sitio PCSB al mismo tiempo. Además, soy consciente que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para descubrir y prevenir la participación dual. He sido informado de mis derechos y obligaciones según el programa. Certifico que la información he asegurado mi determinación de elegibilidad es correcta al mejor de mi conocimiento.

Autorizo la publicación de información provista en esta solicitud a otras organizaciones administrando el programa de ayuda por uso en determinar la elegibilidad para participación en otros programas para ayudar al public y para propósitos de extension del programa.

**Por favor indica decision por marcando la caja apropiada:**  Si  No

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.

Firma del Participante/o el Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(circule uno)

**Sólo el Tutor** Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

Firma del/de la Representativo(a) Sitio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Sitio: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

## Lista de Espera

Fecha en Lista de Espera: \_\_\_\_\_ Método de notificación (circule uno): verbal en el momento de la notificación  Carta