

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

1. ¿Eres Hispánico(a) o Latino(a)? [Sólo marca uno] Sí No
2. ¿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 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.

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