



Formulario de Aplicación del Participante

Requisitos de elegibilidad:

60+ años

Ingresos 130% pautas federales

Sitio de recolecta: (Pickup Location)		Fecha (Date): UFB Received Date:	
CONTESTADO POR EL APLICANTE — ESCRIBIR CLARAMENTE			
Nombre (Name)		Dirección (Address)	
		Departamento # (Apartment #)	
Ciudad (City)		Estado/Código Postal (State/ Zip Code)	
		Condado (County)	
Teléfono (Phone)		Teléfono Celular (Cell Phone)	
		Fecha de Nacimiento (Birthdate) / /	
Idioma Primario		Correo electrónico (Email)	
		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
¿Cómo se enteró acerca de CSFP? Vecino/amigo <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> despena <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____			
¿Dirección de residencia verificada? (Home address verified?)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		¿Identidad verificada? (Tipo _____) (Identity verified? Type)	
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha estado antes en El Programa de Mercancía Suplementaria (CSFP)? (Have you ever been on CSFP?)			
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
APODERADO: Yo autorizo a los sig. individuos para recoger comida en mi nombre en caso de que yo no pueda (I authorize the following individuals to pick-up my commodities in the event that I am unable to):		Dirección postal Si es diferente de la residencia (Mailing address): Address: _____	
Nombre (Name): _____		Nombre (Name): _____	
Relación (Relation): _____		Relación (Relation): _____	
Teléfono (Phone): _____		Teléfono (Phone): _____	
Firma del Apoderado (Proxy Signature)		Fecha	
Firma del Apoderado (Proxy Signature)		Fecha	
Datos de Raza y Etnicidad (Race & ethnic data)			
Esta información es exclusivamente para nuestros récords. No afecta su elegibilidad.			
¿Es usted Hispano o Latino? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Are you Hispanic or Latino?)			
¿Cuál es su raza? (What is your race?)			
Asiático (Asian) <input type="checkbox"/>		Blanco (White) <input type="checkbox"/>	
Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> (American Indian or Alaskan Native)		Negro o Africanoamericano (Black or African American) <input type="checkbox"/>	
		Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> (Native Hawaiian of Pacific Islander)	

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Verificación de Ingresos

Personas mayores (de 60 años o más) califican para la caja de comida CSFP si sus ingresos en bruto están por debajo del 130% de los estándares de pobreza federalmente establecidos.

(Seniors (aged 60 years or older) are income-eligible for CSFP if their gross income is at or below 130% of federal poverty thresholds.)

Miembro Familiar (Household Member)	Ingresos (Wages)	Ingresos de Soc Sec/ Jubilación/Pen sión (Soc Sec Income/ Retirement/ Pension)	Asistencia Pública (Public Assistance)	Trabajo por Cuenta Propia (Self Employment)	Desempleo (Unemployment)	Otro (Other)
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Número de personas viviendo en el hogar (Number of people living in house):			El total de ingresos de todas las Fuentes (Total income from all sources) : \$.00			

Declaraciones sobre la Certificación

Los aplicantes deben leer ambas declaraciones:

1. Esta aplicación está siendo contestada en conexión con el recibo de ayuda Federal. Los encargados del programa pueden verificar la información en éste formulario. Entiendo que representación falsa proveída intencionalmente podría significar enjuiciamiento bajo leyes estatales y federales aplicables. También entiendo que la información proveída podría ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir doble participación. Se me ha informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que he proveído para determinar mi elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Por favor indique su decisión marcando con un ✓ la caja correspondiente.

1. Sí **No** **Iniciales** _____

2. Yo autorizo la divulgación de la información proveída en ésta aplicación a otras organizaciones que administran programas de asistencia para utilizar en la determinación de mi elegibilidad para participación en otros programas de asistencia.

Por favor indique su decisión marcando con un ✓ la caja correspondiente.

2. Sí **No** **Iniciales** _____

Como aplicante, o apoderado del aplicante, entiendo los Derechos y Responsabilidades de El Programa de Mercancía Suplementaria (CSFP) y estoy de acuerdo.

Firma del Apicante (Applicant Signature)	Fecha
--	-------

Envíe por correo de Utah Food Bank

Utah Food Bank
 ATTN: CSFP
 3150 South 900 West
 Salt Lake City, UT 84119

Si tiene preguntas acerca de la aplicación del participante o proceso por favor llame al (801) 887-1275 o visite nuestro sitio web en utahfoodbank.org/csfp/.

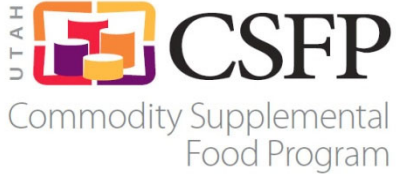
BELOW FOR CERTIFIER USE ONLY																					
Personas de 60 años o mayores 130% de los Lineamientos Federales de Pobreza – válido febrero 2022 hasta Nuevo aviso																					
Máximo ingreso para un hogar de (Maximum income for household) _____ is: \$ _____ .00	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Personas en la Familia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.....</td><td>\$1,473</td></tr> <tr><td>2.....</td><td>\$1,984</td></tr> <tr><td>3.....</td><td>\$2,495</td></tr> <tr><td>4.....</td><td>\$3,007</td></tr> <tr><td>5.....</td><td>\$3,518</td></tr> <tr><td>6.....</td><td>\$4,029</td></tr> <tr><td>7.....</td><td>\$4,541</td></tr> <tr><td>8.....</td><td>\$5,052</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Agregar \$512 por cada miembro adicional</td> </tr> </tbody> </table>	Personas en la Familia		1.....	\$1,473	2.....	\$1,984	3.....	\$2,495	4.....	\$3,007	5.....	\$3,518	6.....	\$4,029	7.....	\$4,541	8.....	\$5,052	Agregar \$512 por cada miembro adicional	
Personas en la Familia																					
1.....	\$1,473																				
2.....	\$1,984																				
3.....	\$2,495																				
4.....	\$3,007																				
5.....	\$3,518																				
6.....	\$4,029																				
7.....	\$4,541																				
8.....	\$5,052																				
Agregar \$512 por cada miembro adicional																					
¿Se le refirió al participante (<i>Referral issued to participant</i>)? Sí <input checked="" type="checkbox"/> (Web download) Información escrita provehida (chequee todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Referencia de Salud y Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> 2-1-1 <input type="checkbox"/> SNAP/Cupones para Alimentos (Español o Inglés) <input type="checkbox"/> Utah Ayuda (Español o Inglés)																					
Lo recogerá (<i>Pick-up</i>) <input type="checkbox"/>	Entrega a Domicilio (<i>Home delivery</i>) <input type="checkbox"/>																				
¿Hay casos disponibles? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Is there available caseload?	Se le notificó por: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por correo (<i>Client notified by Phone In person Mail</i>)																				
<input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Lista de espera <input type="checkbox"/> Presolicitud Período de Certificación: _____ a: _____ por: _____ Fecha: _____ Firma/Título del Certificador (<i>Signature/ title of Certifier</i>) Escriba el Nombre (<i>Print</i>):	<input type="checkbox"/> No Calificó porque (<i>Not eligible due to</i>): por: _____ Fecha: _____ Firma/Título del Certificador (<i>Signature/ title of Certifier</i>) Escriba el Nombre (<i>Print</i>):																				

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades



Gracias por su interés en el programa de Commodity Supplemental Food (CSFP). Por favor llene la siguiente solicitud y lista de verificación. Envíe por correo las aplicaciones completas al Utah Food Bank.

- Imprimir todas las páginas y llene toda la información en las páginas 1 - 4.
- Envíe una fotocopia de su identificación (licencia de conducir o tarjeta de identificación) y verificación de dirección (tarjeta de identificación o factura de servicios públicos)
- Guardar y leer los siguientes documentos: Derechos y Responsabilidades del Aplicante, “La Política de no Aparece” y “Servicios Sociales y Referencias de Asistencia Financiero”.
- Envíe por correo las páginas 1-4 de aplicación al Utah Food Bank:

Utah Food Bank
3150 South 900 West
Salt Lake City, UT 84119
801-887-1275

Gracias por enviar su solicitud de CSFP. Usted recibirá una carta del Utah Food Bank para informarle sobre el estado de la aplicación. Si tiene preguntas acerca de la aplicación del participante o proceso por favor llame al (801) 887-1275.



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL APLICANTE

El no cumplir establecidas, podría resultar en descalificación de la participación en El Programa de comida Suplementaria (CSFP).

Derechos

1. Las reglas para la participación en el programa son los mismos para todos sin importar raza, color sexo, origen, nacionalidad, edad o discapacidad.
2. Usted puede apelar cualquier decisión tomada por su agencia local concerniente a la negación o la terminación del programa. Tiene derecho a una audiencia justa.
3. Su agencia local le vá a proveer notificación de la decisión de negación o terminación de sus beneficios de CSFP. Y de los derechos que cualquier individuo tiene de apelar esa decisión solicitando una audiencia justa.
4. Su agencia local vá a proveer educación de nutrición disponible para todos los adultos participantes y vá a motivar su participación.
5. Su agencia local vá a proveer otra información de programas de nutrición, salud y programas de asistencia y hacer referidos apropiados.
6. El mal uso de los beneficios CSFP como resultado de doble participación u otras violaciones del programa podrían conducir a quejas en contra del individuo para recobrar el valor de dichos beneficios, y podría conducir a la descalificación de programa CSFP.
7. Los participantes deben reportar cambios de ingresos del hogar o número de personas en la familia dentro de 10 días después de que sucedan dichos cambios.

Responsabilidades

1. No haga declaraciones falsas oralmente o por escrito para lograr recibir beneficios para los que usted o su familia no calificarían de otro modo.
2. No se guarde información para lograr recibir beneficios para los que no califica.
3. No altere documentos del programa con el propósito de recibir más beneficios para los que usted no califica o con el propósito de transferir beneficios a individuos no autorizados.
4. No utilice alimentos suplementales de forma no autorizada, como intercambiando o vendiendo la comida.
5. No cometa participación doble en CSFP (local y/o estatal).

Inelegibilidad

Se me ha notificado por escrito que no soy elegible para participar en el programa de la Caja de Comida Suplemental y tengo derecho a una audiencia justa. No soy elegible a participar basado en los siguientes criterios: Ingresos/Domicilio/Categoría.

Derecho a Apelar/Audiencia Justa

Si usted no está de acuerdo con cualquier acción o fallo a actuar sobre su aplicación para El Programa de Mercancía Suplementaria (CSFP), o sobre los beneficios de comida que ahora está recibiendo, o porque tales beneficios han sido cancelados, usted tiene el derecho de apelar. (Sin embargo, una audiencia justa no tiene que ser proveída, cuando ya sea una ley Estatal o Federal require que se hagan ajustes de subvenciones). Usted puede apelar por escrito o en persona a la oficina local de el Departamento de Salud de Utah, El Programa de Mercancía Suplementaria (CSFP), P.O. Box 141013, Salt Lake City, UT 84114, 801-273-2915 dentro de 30 días de calendario después de ésta notificación.

En la audiencia justa, su caso podría ser representado por usted mismo, o algún miembro de su familia o representante, como algún representante legal, algún familiar, un amigo u algún otro portavoz que usted elija. Una audiencia justa sera conducida por un oficial imparcial quien entregará una decision referente a su caso. Sin embargo, no hay provisiones que estipulen que el Departamento pueda pagar costos de abogados.

Si usted solicita una audiencia justa debido a reducción de terminación de sus beneficios 15 días después de recibir ésta notificación, sus beneficios continuarán al nivel actual por lo menos hasta la fecha de la audiencia.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés “USDA”) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Contacto con el Departamento de
Salud de Utah:

Arie Van De Graaff
Coordinadora del Programa Número
de Teléfono: 801-245-0078

Contacto con el Banco de Comida de
Utah:

Denise Nielson
Coordinadora de Divulgación
Número de Teléfono: 801-887-1275



LA POLÍTICA de NO APARECE

Como parte del Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP) las cajas de comida deben ser obtenidas de los lugares designados cada mes. A cada participante se le dará la hora y el lugar de recolección. Recuerde que el no recolectar su caja es una violación de la política del programa y esto traerá como consecuencia la pérdida de los beneficios de la CSFP.

La política de CSFP de no presentarse a recolectar su caja es la siguiente:

1. Si el participante no recolecta su caja por dos meses consecutivos será removido del programa.
2. Los participantes que puedan recoger su caja de alimentos por dos meses consecutivos debido a que estén enfermos, hospitalizados, o estén fuera de la ciudad, pueden permanecer en el programa y no será removidos, siempre y cuando se contacten con el Banco de Alimentos de Utah, (801) 887-1275.
3. Los participantes que se retiran del programa debido a ser sancionados por la política de no presentarse a recolectar su caja, se les permite volver a solicitar los beneficios siempre y cuando no haiga sido 2 sanciones consecutivas. En caso de que exista una lista de espera, si usted ha sido sancionado usted será tratado como solicitante primerizo, y será colocado en la lista de espera en el orden en que entro en contacto con el Banco de Alimentos de Utah.
4. Los participantes que violen la política no presentarse a recolectar su caja por tercera vez dentro de un período de doce (12) meses debe ser descalificado de la CSFP por un período de hasta un año, a menos que la agencia local determina que la descalificación daría lugar a una grave para la salud riesgo.
5. Los participantes que sean sancionados por no recolectar su caja tienen derecho a solicitar una audiencia imparcial comunicándose con su agente local de la CSFP al (801) 273-2915. Los participantes dispondrán de treinta días (30) a partir de la fecha de la notificación por escrito para solicitar una audiencia imparcial.

ADICIONAL SERVICIOS SOCIALES

- 2-1-1** 2-1-1
 Servicios: Proporciona información sobre salud y servicios humanos y referencias a todas las personas de todas las edades. Como vivienda, transporte de alimentos, legal, salud mental, adicción, médica, dental y de la vista. <https://211utah.org>
- Servicios de protección para adultos**..... 801-538-3567
 Servicios: Investigación sobre supuesto abuso , negligencia o explotación de adultos vulnerables mayores de 18. Línea directa 800-371-7897
- División de servicios para adultos mayores** 877-424-4640
 Servicios: Brinda servicios basados en el hogar y en la comunidad de personas mayores para permitir que las personas permanecer independiente.
- Programa “Circuit Breaker Homeowner Abatement”** Contacte a su condado local
 Servicios: Proporciona crédito fiscal para propietarios de viviendas y propietarios de casas móviles que cumplen con ciertos ingresos y calificaciones.
- Programa “Circuit Breaker” para renteros** 801-297-6254
 Servicios: Ofrece un cheque de reembolso para el alquiler o renta de ciudadanos elegibles y residentes legales mayores de 65 años.
- Comidas a domicilio “meals on wheels”** Contacte a su condado local
 Servicios: comidas a domicilio para personas mayores en el hogar mayores de 60 años que carecen de otros recursos de preparación de comidas. Proporcionado a través de sus agencias locales de área para personas mayores y de la tercera edad.
- Medicaid**..... 800-662-9651
 Servicios: Los gastos médicos para las familias de ingresos limitados que cumplen con la elegibilidad. www.medicaid.gov
- Medicare** 800-MEDICARE (633-4227)
 Servicios: El seguro de salud para personas mayores de 65 años. www.medicare.gov
- Programas estatales de asistencia de servicios públicos**
- Programa “HEAT”** 866-205-4357
 Servicios: Brinda asistencia para calefacción de invierno e intervención de crisis durante todo el año para hogares elegibles de bajos ingresos.
- Programa de climatización**..... Visite jobs.utah.gov/housing/scso/wap/how.html
 Servicios: Ayuda a climatizar hogares y proporcionar reparación de emergencia o reemplazo de hornos y unidades de aire acondicionado.
- UTAP / Lifeline** 800-234-9473
 Servicios: Descuentos en servicios de telefonía fija o servicios de Internet.
- Programa de nutrición suplementaria (SNAP)** 866-435-7414
 Servicios: Cupones para la compra de alimentos o productos alimenticios con valor nutricional. <http://jobs.utah.gov/customereducation/services/foodstamps/>
- Ingreso suplementarios al Seguro Social (SSI)**..... 800-772-1213
 Servicios: beneficios mensuales para personas mayores de 65 años o que cumplan con otros criterios de elegibilidad.