

## Carta de determinación del participante

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

|                                |               |  |                      |
|--------------------------------|---------------|--|----------------------|
| <b>Apellido (Solicitante)</b>  |               | <b>Nombre</b>                          |                      |
| <b>Fecha (de la solicitud)</b> |               | <b>Hora (de la solicitud)</b>          |                      |
| <b>Dirección postal</b>        | <b>Ciudad</b> | <b>Condado</b>                         | <b>Código postal</b> |
| <b>Número de teléfono</b>      |               | <b>Dirección de correo electrónico</b> |                      |

La presente carta tiene por objeto notificarle que, según la información que figura en los archivos de nuestra agencia, se ha determinado que la persona mencionada anteriormente es:

**Eligible**

**Elegible, pero en lista de espera para inscribirse en el CSFP.** Cuando haya una vacante, nos pondremos en contacto con usted. Si no recibe noticias nuestras en un plazo de 12 meses, deberá volver a presentar la solicitud.

**No es elegible** para participar en el CSFP por los motivos marcados (x) a continuación:

No tiene 60 años o más.                       No es residente de Wisconsin.                       No es elegible de manera complementaria o por ingresos

**Excluido** de participar en el CSFP a partir del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por los motivos marcados (x) a continuación:

Ya no es residente de Wisconsin.                       Ya no cumple los requisitos de ingresos.                       No recogió dos o más paquetes mensuales de alimentos sin ponerse en contacto con el programa.                       Otro:

Si su situación ha cambiado desde la fecha de esta carta, por favor llame para volver a solicitar para el programa. Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a una audiencia imparcial. Esto le da la oportunidad de presentar sus razones de desacuerdo. Puede presentar sus argumentos en persona o a través de un amigo, familiar, asesor legal u otra persona. Si desea una audiencia, debe presentar la solicitud en esta oficina dentro de los 60 días posteriores a la fecha de esta carta. Por favor, contáctenos si necesita información sobre otros servicios locales de nutrición y salud. Gracias por su interés en el Commodity Supplemental Food Program. Atentamente,

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Firma:</b> Personal del CSFP   | Fecha de la firma                 |
| Nombre del sitio de distribución: |                                   |
| Teléfono de la agencia:           | Correo electrónico de la agencia: |

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con 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. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o **(2) fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o **(3) correo electrónico:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## Acuerdo del participante, derechos y responsabilidades

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

### Bienvenido al CSFP de Wisconsin

| Su lugar de recogida             |  | Su día de recogida   | Su hora de recogida |
|----------------------------------|--|--|---------------------|
| <b>Comienza la certificación</b> |  | <b>La certificación vence</b><br>La certificación vence 3 años después de la fecha en que usted firma este formulario. |                     |
| <b>Teléfono de la agencia</b>    |  | <b>Correo electrónico de la agencia</b>  |                     |

#### No se recogió el paquete de alimentos:

- Póngase en contacto con el programa con antelación en caso de conflictos con la recogida del paquete o de ausencia prolongada.
- Si no puede recoger su paquete, póngase en contacto con el programa para averiguar cómo puede recibirlo. Después del último día del mes, una vez que comience el nuevo mes, no podrá recibir el paquete de alimentos de ese mes.
- Si no recoge dos paquetes consecutivamente, su inscripción podría caducar.

Su solicitud e inscripción en el CSFP están relacionadas con la recepción de asistencia federal. Como participante en el CSFP, es importante que comprenda sus **derechos y responsabilidades** como se enumeran a continuación.

#### Como participante del CSFP, tiene los siguientes DERECHOS:

- Ser tratado de manera justa y con respeto. Si no ha recibido un trato justo, solicite una audiencia por escrito o en persona dentro de los 60 días.
- Ser tratado de la misma manera independientemente de su raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad ni tomar represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.
- Que le digan por qué califica para el CSFP.
- Recibir información nutricional junto con el paquete de alimentos suplementarios.
- Que se le ofrezcan recursos y referencias para el programa FoodShare (SNAP), beneficios de seguridad de ingreso suplementario, Medicare, Senior Farmers Market Nutrition Program (SFMNP) y cualquier otro programa que pueda necesitar.
- ¿Autoriza la divulgación de información sobre usted, proporcionada en la solicitud para determinar su elegibilidad para otros programas de asistencia de los que puede beneficiarse y para el alcance del programa?  Sí  No

#### Al firmar con su nombre a continuación, acepta las siguientes RESPONSABILIDADES:

- Le enseñará a su representante (si otra persona va a recoger su beneficio) cómo recoger la comida por usted.
- Será honesto y no abusará del programa.  
 Usted acepta:
  - ▶ Tratar al personal del CSFP y a otros participantes con respeto.
  - ▶ No participar ni intentar participar en más de un sitio o programa del CSFP al mismo tiempo.
  - ▶ No intentar vender, intercambiar ni negociar los alimentos del CSFP.
  - ▶ No dar alimentos del CSFP a alguien que no sea el participante del CSFP.
- Usted certifica que la información proporcionada para la determinación de elegibilidad es correcta a su leal saber y entender que los funcionarios del programa pueden verificar la información proporcionada o compartirla con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación.
- Usted comprende que dar intencionalmente información falsa o engañosa o no dar intencionalmente la información que se le solicita puede resultar en la expulsión del programa, tener que devolver el dinero por los alimentos del CSFP que no debería haber recibido o estar sujeto a enjuiciamiento según los estatutos estatales y federales aplicables.
- Usted reconoce que se le ha informado de sus derechos y obligaciones en virtud del programa y que ha leído o le han leído el Acuerdo del participante, los Derechos y responsabilidades (este documento).
- Informará al personal del CSFP sobre cualquier cambio en sus ingresos, número de personas que viven en su hogar, dirección o número de teléfono. Los participantes deben informar de los cambios en los ingresos o la composición del hogar en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que los miembros del hogar supieron del cambio.

---

Nombre del participante (en letra de molde)

---

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>Firma:</b> Participante o representante del CSFP | Fecha de la firma |
|---|-------------------|

---

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| <b>Firma:</b> Personal del CSFP | Fecha de la firma |
|---------------------------------|-------------------|