

CARTA DE DETERMINACIÓN DEL PARTICIPANTE

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

Nombre y apellido del solicitante /participante

Fecha / Hora

Esta carta es para notificarle que, según la información registrada en nuestra agencia, se ha determinado que la persona mencionada anteriormente:

No es elegible para participar en CSFP por la razón(es) marcada (✓) abajo:
 No tiene 60 años o más No es un residente de Wisconsin No es elegible debido a sus ingresos

Ha sido **suspendida** de participar en CSFP a partir de ____/____/____ por el motivo(s) marcado (✓) a continuación:
 Ya no es residente de Wisconsin Ya no es elegible debido a sus ingresos
 Ha perdido dos o más recogidas mensuales de paquetes de alimentos sin ponerse en contacto con el programa
 Otro:

Es elegible, pero se le colocó en una lista de espera para inscribirse en CSFP. Cuando haya una apertura, se le contactará al teléfono y a la dirección a continuación. Si no tiene noticias de nosotros dentro de 12 meses, debe volver a solicitar.

Dirección postal:

Teléfono

Ciudad, Estado, Código Postal:

Si su situación ha cambiado desde la fecha de esta carta, por favor llame para volver a solicitar para el programa. Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted tiene derecho a una audiencia imparcial. Esto le da la oportunidad de presentar sus motivos por los cuales no está de acuerdo. Puede presentar sus argumentos en persona o mediante un amigo, pariente, abogado u otra persona. Si desea solicitar una audiencia, usted debe hacer la solicitud en esta oficina dentro de 60 días a partir de la fecha de esta carta. Póngase en contacto con nosotros si necesita información sobre otros servicios de nutrición y salud locales. Gracias por su interés en el Commodity Supplemental Food Program.
Atentamente,

FIRMA – Personal de CSFP

Fecha de la firma

Nombre del sitio:

Teléfono de la agencia:

Declaración de no discriminación del USDA

En conformidad con la Ley Federal de los derechos civiles y las normas y las políticas de los derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA están prohibidos discriminar basado en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, represalia o venganza por actividad previa de los derechos civiles en cualquier programa o actividad conducido o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para acceder información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, audio, lenguaje de signos, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde aplicaron para los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o que tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el formulario de quejas por discriminación del programa del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form) (el enlace es externo), (AD-3027) que se encuentra en línea en:

<https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> (el enlace es externo), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presente el formulario 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.