STATE OF WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Public Health
F-40028S (05/2023)

CFR Title 7 PART 247

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.

Dircción 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

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
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.