

**COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM (CSFP)
 CERTIFICATION AND FOOD PACKAGE PICK-UP (SENIORS)**

La participación en el *Commodity Supplemental Food Program (CSFP)* es voluntaria. La información personal identificable recolectada es necesaria para participar, la misma será utilizada únicamente para cumplir con ese propósito. Esta institución es un proveedor que ofrece oportunidad igual a todos.

Last Name of Participant (Please print)	First Name	MI	Date of Birth	County	CSFP ID Number
Street Address	Apt.	City	Zip Code	Telephone	Date Certification Begins Date Certification Ends
Full Name of First Proxy (Please print)			Full Name of Second Proxy (Please print)		

Por medio de mi firma certifico que:

- Mi ingreso bruto familiar es igual o inferior al nivel de pobreza que establece el gobierno federal para este programa, conforme al número de personas en mi familia tal como se indica en este formulario.
- Los productos básicos que reciba del gobierno federal serán destinados a la persona que se menciona más arriba solamente.
- Libero a la USDA/FNS, el Estado de Wisconsin y a cualquier agencia o persona que distribuya los productos básicos federales de cualquier responsabilidad derivada de la recepción de este alimento.
- Entiendo que si doy información falsa deberé reembolsar al estado por el valor de los alimentos que se me hayan entregado inadecuadamente y es posible que quede sujeto a acción penal conforme a la ley Estatal y Federal.
- Los reglamentos para la aceptación y participación en el programa son los mismos para todas las personas sin importar su raza, color, origen nacional, edad, género o discapacidad.
- Puede solicitarse que alojamientos razonables participen en este programa.

Esta solicitud se realizará en conjunto con la recepción de la ayuda federal. Las autoridades públicas del programa pueden verificar la información que se incluye en este formulario. Entiendo que la representación fraudulenta premeditada puede ser motivo de procesos judiciales en mi contra en conformidad con los estatutos estatales y federales. También entiendo que no puedo recibir los beneficios de CSFP y WIC a la misma vez, y que no puedo recibir los beneficios CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, estoy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones con el fin de detectar y evitar una participación doble. He sido informado acerca de mis derechos y deberes correspondientes al programa. Por la presente, certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.

Por la presente, autorizo la divulgación de la información proporcionada en esta solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para que sea utilizada con el fin de determinar mi elegibilidad en la participación de otros programas de asistencia pública y programas de extensión. (Sírvase indicar su decisión marcando con una X la casilla correspondiente.) SÍ NO

Race (check all applicable)	SIGNATURE – Recipient of Food	Date Signed	Staff Initials	Other Program Information Given
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	1.			
<input type="checkbox"/> Asian	2.			
<input type="checkbox"/> Black or African American	3.			
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander	4.			
<input type="checkbox"/> White	5.			
Ethnicity (check one)	6.			
<input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	7.			
Stamp income guidelines here.	8.			
	9.			
	10.			
	11.			
	12.			