

**Certificación y recogida de paquetes de alimentos**

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

Apellido del participante		Nombre		Inicial	Fecha de nacimiento	Condado	Período de certificación Fecha de inicio de la certificación / / Fecha en que finaliza la certificación (+ 1 año) / / Los beneficios no pueden ser emitidos después de esta fecha hasta que se complete el nuevo formulario de certificación. (Ver atrás.)
Dirección		Apt.	Ciudad		Código postal	Teléfono	
Representante #1: (Escriba nombre completo)			Representante #2: (Escriba nombre completo)				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presente identificación que indique la edad de 60 años o más – sólo la primera certificación.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Muestre prueba de dirección en el área de servicio.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La persona declara que los ingresos actuales son iguales o por debajo de las pautas.		Si las tres respuestas son "Sí", la persona es elegible para participar en el Commodity Supplemental Food Program (CSFP). Si una o más de las respuestas es "No", dar carta de determinación del participante.	
Raza (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco Etnia (marque una) <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Hispano o latino		FIRMA – Receptor de alimento Identificación del participante o representante para cada emisión			Fecha de la firma	Iniciales del personal	Educación nutricional o información dada
		1.					
		2.					
		3.					
		4.					
		5.					
		6.					
Certificación extendida - al mes 7 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Desea permanecer en CSFP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene la misma dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Algún cambio en los ingresos? Si respondió a todo "sí," emitir los beneficios durante seis meses más. Si uno o más es "No", proceder de acuerdo con la política.		7.					<input type="checkbox"/> Certificación extendida completada
		8.					
		9.					
		10.					
		11.					
		12.					

PARTICIPANTE/REPRESENTANTE: Con cada firma certifico que los alimentos recibidos de la USDA serán utilizados por el participante mencionado arriba solamente; eximo a USDA/FNS, el estado de Wisconsin y cualquier agencia o persona que distribuye productos federales de cualquier responsabilidad derivada de la recepción de este alimento; el participante vive en el área de servicio y el ingreso familiar es igual o inferior a las pautas de este programa; y entiendo que las reglas para la aceptación y participación en el programa son las mismas para todos sin importar raza, color, religión, origen nacional, edad, sexo o discapacidad.