

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

SOLICITUD DOMÉSTICA DE LOS ALIMENTOS DEL USDA

Al firmar a continuación, certifico que:

1. soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da más arriba, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;
2. toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y
3. si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.

INTAKE STAFF OR VOLUNTEER ONLY/SOLO PARA PERSONAL/VOLUNTARIO:

USDA Certification Period/Duración de la certificación del USDA: ___ / ___ / ___ to ___ / ___ / ___

Certifier's Signature/Firma del certificador: _____ **Date/Fecha:** _____/_____/_____

Household is eligible based on the following (check appropriate option) *El hogar es elegible basado en lo siguiente (marque la opción apropiada):*

- Receives government assistance listed above/*Recibe asistencia del gobierno listada arriba*
 Low income/*Bajos ingresos* Crisis food need/*Necesidad de alimentos por una crisis*

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno 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.



CENTRAL TEXAS FOOD BANK

Revisado en junio de 2023