Programa de Alimentos Suplementarios (CSFP)
Aplicación

Para ser eligible para este programa, debe tener, por lo menos, 60 años de edad y el ingreso del hogar debe ser igual o inferior a 150 % del Índice Federal de Pobreza.

INSTRUCCIONES: complete la aplicación totalmente para evitar retrasos en el procesamiento.

- Página 1. Complete todas las preguntas requeridas, que incluyen: prueba de edad, identidad y residencia de Rhode Island, ingresos autodeclarados y la cantidad de personas en su hogar.
- Página 2. Lea los lineamientos del programa, marque sí o no, firme y coloque la fecha en la parte inferior.
- Página 3. Designe un apoderado (opcional).

DEVUELVA LAS APLICACIÓNES LLENAS A SU SITIO O ENTRÉGUELAS A: Federal Programs Manager, RI Community Food Bank, 200 Niantic Ave. Providence, 02907; Fax: 401-942-2113. Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame al: 401-230-1708.

Apellido:_____ Nombre: _____ MI:___ Sexo:_____

Dirección física: _____Núm. de teléfono: _____

Ciudad:_____Rhode Island Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal (si es diferente):_____Ciudad: _____Código postal de RI: _____

Para ayudarnos a encontrar la mejor ubicación para que recoja su caja, responda las siguientes preguntas:

- Si vive en una **vivienda para personas mayores**, proporcione el **Nombre y la dirección de la vivienda:**
- Si actualmente usa una **despensa para alimentos**, proporcione el **Nombre del programa y la ubicación:**

En general, ¿cómo planea recoger tu caja? (marque todo lo que corresponda):

☐ Vehículo personal o de un amigo/familiar ☐ Transporte público (autobús, etc.) ☐ A pie

Elegibilidad y documentación

1. Verificación de identidad y edad: prueba de **identidad** y de **edad**, **tal como se convalida en:** _____
2. Verificación de los integrantes de la familia: **informe** la cantidad de **miembros del hogar:** _____

Ingresos mensuales del hogar: $_____ Recibo los beneficios de SNAP: ☐ Sí ☐ No

Las siguientes preguntas <u>opcionales</u> no influirán en que sea considerado para el programa.

Responda ambas preguntas 1 y 2.

1. ¿Es hispano o latino? ☐ Sí ☐ No
2. Identifique la selección o las selecciones más apropiadas. Puede elegir más de una opción.
   ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco
   ☐ Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
3. ¿Cuál es su idioma preferido?
   ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐Portugués ☐ Otro: _____

Solo para uso interno

Firma del revisor y fecha: _____

Derechos y responsabilidades del participante del Programa de Alimentos Suplementarios

Acepto brindar información precisa en esta aplicación, que incluye:
1)Prueba de domicilio, 2) Prueba de identidad, 3) Prueba de edad e 4) Información del hogar
Entiendo que:

1. El Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos es un programa de nutrición para personas de la tercera edad que está financiado por el gobierno federal para ayudar a las personas de 60 años o más cuyos ingresos son iguales o inferiores al 150 % de las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza.
2. Los participantes deben ser residentes de Rhode Island.
3. Las normas de participación en este programa son las mismas para todos, independientemente de su raza, color, nacionalidad, edad, sexo y discapacidad.
4. Los participantes deben realizar su recertificación formalmente cada tres (3) años para verificar su estado de elegibilidad, así como actualizar cualquier cambio en su información anualmente.
5. Si los participantes no recogen su paquete de alimentos durante tres meses consecutivos, se les retirará del programa pero se les permitirá volver a presentar la solicitud en cualquier momento.
6. Los participantes deberán mostrar un comprobante de identidad y deberán firmar para obtener su paquete todos los meses.
7. Los participantes deben informar acerca de cualquier cambio en los ingresos económicos del hogar, así como de la composición de este, en un plazo de 10 días desde que se tenga constancia de dicho cambio.
8. Los paquetes se distribuirán como una unidad y no se podrán separar antes de la distribución.
9. El uso o recepción inadecuada de las prestaciones del programa CSFP, como resultado de la doble participación u otras violaciones de este, puede llevar a una demanda contra el individuo para recuperar el valor de las prestaciones o la descalificación del programa CSFP.
10. La agencia local pondrá a disposición de todos los participantes información y conocimientos nutricionales, los alentará a participar; brindará información sobre otros programas de nutrición, salud o asistencia y les derivará a otros programas según corresponda.
11. Si un participante recibe una notificación acerca de la decisión de denegar o finalizar las prestaciones que recibe del programa de CSFP, el participante puede apelar cualquier decisión sobre elegibilidad, descalificación o finalización a través del Proceso de Audiencia Equitativa garantizado por la Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island (Rhode Island Office of Healthy Aging).

Certificación del solicitante:
Esta aplicación se completa en relación con la recepción de la asistencia federal. Los encargados del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada puede llevarme a enjuiciamiento según las Normas estatales y federales correspondientes. Asimismo, sé que no puedo recibir beneficios de CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, tengo conocimiento de que la información provista se puede compartir con otras organizaciones para detectar e impedir la doble participación en el programa. Me han informado mis derechos y obligaciones en virtud del programa. Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que proporcioné para mi determinación de elegibilidad es correcta.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para determinar si cumplo con los requisitos para participar en otros programas de asistencia pública y para fines de los programa de asistencia.

Marque la casilla de verificación correspondiente para indicar la decisión: ☐ **Sí** ☐ **No**

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Apoderados aprobados para recoger el CSFP

Los participantes pueden autorizar a uno o más apoderados para recoger y firmar para las cajas de CSFP. Los apoderados deben presentar una identificación correcta para recoger la caja.

Por la presente, doy permiso a las siguientes personas mencionadas a continuación para que recojan las cajas de CSFP en mi nombre. Entiendo que, al dar permiso a las personas identificadas, acepto hacerme responsable de sus acciones. Esta autorización entra en vigencia cuando la reciben los representantes estatales de CSFP (el Banco de Alimentos Comunitario de Rhode Island o la Agencia de distribución local autorizada). Acepto notificar al Banco de Alimentos o a la Agencia de distribución local inmediatamente si decido hacer algún cambio a mis apoderados designados.

Firma del solicitante: _____Fecha: _____

Nombre del apoderado: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del apoderado: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del apoderado: _____

Número de teléfono: _____

Tabla de elegibilidad según los ingresos

(Nota: no es necesario tener apoderados para cumplir con los lineamientos de elegibilidad según los ingresos)

Ingresos brutos para todos los integrantes del grupo familiar Marzo 7, 2025 150 % de los Lineamientos federales sobre la línea de pobreza según los ingresos		
Tamaño del grupo familiar	**Ingresos mensuales**	**Ingresos anuales**
1	$1,957	$23,475
2	$2,644	$31,725
3	$3,332	$39,975
4	$4,019	$48,225
5	$4,707	$56,475
6	$5,394	$64,725

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.

ENTREGUE LAS APLICACIÓNES COMPLETAS A:
Federal Programs Manager
RI Community Food Bank
200 Niantic Avenue
Providence, RI 02907
401-230-1708
Fax: 401-942-2113
CSFP@rifoodbank.org

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA JUSTA, COMUNÍQUESE CON:
Rhode Island Office of Healthy Aging
Louis Pasteur Building #57
c/o Ana De La Rosa
25 Howard Ave.
Cranston RI, 02920
401-462-0566

Programa Suplementario de Alimentos Básicos (CSFP)
Aviso por escrito de derechos del beneficiario

Nombre de la organización: **Rhode Island Community Food Bank**

Información de contacto para el personal del programa: **Kadir Carcamo | 401-230-1708 | kcarcamo@rifoodbank.org**

Debido a que el Commodity Supplemental Food Program (CSFP, Programa Suplementario de Productos Básicos) está respaldado en su totalidad o en parte por asistencia financiera del Gobierno Federal, tenemos la obligación de informarle que:

1. No podemos discriminarle por motivos de religión, una creencia religiosa, negativa a tener una creencia religiosa o negativa a asistir o a participar en una práctica religiosa;
2. No podemos exigirle que asista o participe en ninguna actividad religiosa explícita (esto incluye actividades que involucran contenido religioso manifiesto, como el culto, la instrucción religiosa o el proselitismo) que ofrece nuestra organización, y cualquier participación de su parte en dichas actividades debe ser exclusivamente voluntaria;
3. Debemos apartar en el tiempo o el lugar cualquier actividad explícitamente religiosa financiada con fondos privados (incluidas las actividades que involucran contenido religioso manifiesto, como el culto, la instrucción religiosa o el proselitismo) de las actividades respaldadas con asistencia financiera federal directa, y
4. Usted puede denunciar infracciones de estas medidas de protección, lo que incluye cualquier denegación de servicios o beneficios de una organización, poniéndose en comunicación con, o presentando una queja por escrito ante, el
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights Executive Director
   Center for Civil Rights Enforcement
   1400 Independence Avenue SW
   Washington, DC 20250–9410, o por correo electrónico a program.intake@usda.gov
5. Si desea buscar información sobre la existencia de otras organizaciones financiadas por el gobierno federal que proporcionen este tipo de servicios en su zona, comuníquese con:

CSFP State Agency
Rhode Island Office of Healthy Aging
Louis Pasteur Building #57
Ana De La Rosa | 25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920 | 401-462-0566

Y/O

La línea directa contra el hambre de USDA:

- **Por teléfono: 1-866-3-HUNGRY** o **1-877-8-HAMBRE** para hablar con un representante de 7:00 a. m. a 10:00 p. m., hora del este.
- **Por mensaje de texto: 914-342-7744** con una pregunta que puede contener una palabra clave como "alimentos", "verano", "comidas", etcétera. para recibir una respuesta automatizada de recursos ubicados cerca de una dirección y/o código postal.

Cordialmente,
Kadir Carcamo
Gerente de Programas Federales

Esta notificación por escrito se le debe entregar antes de que se inscriba en el programa o reciba servicios del mismo, a menos que la naturaleza del servicio proporcionado o circunstancias apremiantes hagan que sea impracticable proporcionar dicha notificación antes de que proporcionemos el servicio efectivo. En tal caso, esta notificación debe entregársele a usted a la primera oportunidad disponible.

Puede ser elegible para otros programas de asistencia pública incluyendo pero no limitado a:

1. **Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).** El programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, siglas en inglés) paga beneficios a los adultos y a niños incapacitados que tienen ingresos bajos y recursos limitados. Los beneficios de SSI también se pagan a las personas mayores de 65 años de edad que si cumplen con ciertos límites económicos. Llame a nuestro número gratis, **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) entre las 7 am a 7pm, de lunes a viernes. En línea: www.ssa.gov/espanol/agencia/contacto/.

2. **Asistencia médica.** Medicare es el programa de seguro de salud de nuestro país para las personas mayores de 65 años. Para inscribirse, por favor llame a nuestro número gratis, 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). En línea: https://es.medicare.gov/

3. **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, siglas en inglés).** SNAP es un programa federal que ofrece asistencia nutricional a personas y familias de bajos ingresos. Las personas y las familias califican para SNAP basada de sus ingresos (menos del 185% del nivel federal de pobreza). Tel: número gratis **1-855- 697-4347.** En línea: www.dhs.ri.gov/Programs/SNAPApplyNow.php

4. **Programa de Nutrición del Mercado de Agricultores para Personas Mayores (SFMNP).** El Programa de Nutrición para Adultos Mayores de Rhode Island (SFMNP) ofrece a las personas mayores elegibles acceso a alimentos saludables cultivados en Rhode Island por agricultores locales. Las personas mayores reciben una tarjeta de beneficios con $50 precargada que pueden usar en mercados agrícolas y puestos agrícolas elegibles a cambio de productos locales, hierbas y miel. Las tarjetas de beneficios del SFMNP se distribuirán en centros para adultos mayores de todo el estado a partir del 1 de junio y podrán usarse del 1 de junio al 30 de noviembre. En línea: https://dem.ri.gov/sfmnp-box-delivery