

## Programa de Alimentos Suplementarios (CSFP) Aplicación

Para ser elegible para este programa, debe tener, por lo menos, 60 años de edad y el ingreso del hogar debe ser igual o inferior a 130 % 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 APLICACIONES LLENAS A SU SITIO O ENTRÉGUELAS A:** Federal Programs Mgr, RI Community Food Bank, 200 Niantic Ave. Providence, 02907; Fax: 401-942-2113. Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame al: 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 opcionales 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 130 % 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 programas 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

Ingresos brutos para todos los integrantes del grupo familiar		
11 de marzo 2021		
130 % de los Lineamientos federales sobre la línea de pobreza según los ingresos		
Tamaño del grupo familiar	Ingresos mensuales	Ingresos anuales
1	\$1,396	\$16,744
2	\$1,888	\$22,646
3	\$2,379	\$28,548
4	\$2,871	\$34,450
5	\$3,363	\$40,352
6	\$3,855	\$46,254

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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) 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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**ENTREGUE LAS APLICACIONES COMPLETAS**

**A:**

CSFP Coordinator  
RI Community Food Bank  
200 Niantic Avenue  
Providence, RI 02907  
401-230-1708  
Fax: 401-942-2113  
[CSFP@rifoodbank.org](mailto:CSFP@rifoodbank.org)

**PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA JUSTA, COMUNÍQUESE CON:**

Rhode Island Office of Healthy Aging  
Louis Pasteur Building #57  
c/o Ana Rosario  
25 Howard Ave.  
Cranston RI, 02920  
401-462-0566

**Programa suplementario de comestibles básicos (CSFP)  
Aviso escrito de los derechos de los beneficiarios**



Nombre de la organización: **RI Community Food Bank**  
 Inf. de contacto para Pers.del programa: **Lindsay Sgambato**  
**401-230-1707**  
**lsgambato@rifoodbank.org**

Debido a que este programa cuenta con el respaldo total o parcial de la asistencia financiera del Gobierno Federal, debemos informarle que:

- No podemos discriminarlo por su religión ni por su creencia religiosa, por negarse a tener una creencia religiosa ni por negarse a asistir o participar en una práctica religiosa;
- No podemos solicitarle que asista o participe en las actividades explícitamente religiosas que ofrecemos y toda participación que haga en estas actividades debe ser puramente voluntaria;
- Debemos separar en tiempo o lugar toda actividad explícitamente financiada con fondos privados de actividades apoyadas con la asistencia directa del USDA;
- Si objeta el carácter religioso de nuestra organización, debemos hacer esfuerzos razonables para identificarlo y derivarlo a un proveedor alternativo con quien no manifieste oposición. No obstante, no podemos garantizar que en cada instancia, un proveedor alternativo esté disponible; y
- Puede denunciar violaciones de estas protecciones (incluida la denegación de servicios o beneficios) por parte de una organización a la agencia estatal (<http://www.fns.usda.gov/fdd/food-distribution-contacts>). La agencia estatal responderá a la queja e informará las presuntas violaciones a su Oficina Regional de USDA FNS respectiva (<http://www.fns.usda.gov/fns-regional-offices>).

Debemos proporcionarle este aviso por escrito antes de que se inscriba en nuestro programa o reciba servicios del programa, según lo exige 7 CFR parte 16.

Sinceramente,

Yaruska Ordinola

Agencia Estatal de CSFP  
 Rhode Island Office of Healthy Aging  
 Louis Pasteur Building #57  
 Ana Rosario  
 25 Howard Avenue  
 Cranston, RI 02920  
 401-462-0566

## **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. [www.ssa.gov/espanol/agencia/contacto/](http://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). <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**. [www.dhs.ri.gov/Programs/SNAPApplyNow.php](http://www.dhs.ri.gov/Programs/SNAPApplyNow.php)