



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: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) 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.**

**Certification Statement**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. This application is being completed in connection with the receipt of Federal assistance.</li> <li>2. Program officials may verify information on this form.</li> <li>3. I have received notice of my rights, obligations, and fair hearing request.</li> <li>4. I am aware that deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable State and Federal statutes.</li> <li>5. I am also aware that I may not receive both CSFP and WIC benefits simultaneously, and I may not receive CSFP benefits at more than one CSFP site at the same time.</li> <li>6. Furthermore, I am aware that the information provided may be shared with other organizations to detect and prevent dual participation.</li> <li>7. I have been advised of my rights and obligations under the program.</li> <li>8. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.</li> <li>9. I authorize the release of information provided on this application form to other organizations administering assistance programs for use in determining my eligibility for participation in other public assistance programs and for program outreach purposes. (Please indicate decision by placing a checkmark in the appropriate box.) Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>10. I have received a Written Notice of Beneficiary Rights.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esta aplicación se completa con respecto a la recepción de asistencia Federal.</li> <li>2. Oficiales del programa pueden verificar la información en este formulario.</li> <li>3. He recibido aviso de mi petición de audiencia imparcial, derechos y obligaciones.</li> <li>4. Soy consciente de que tergiversación deliberada me puede someter a procesamiento bajo leyes estatales y federales aplicables.</li> <li>5. También soy consciente de que no pueda recibir beneficios de CSFP y WIC simultáneamente, y no pueda recibir beneficios de la CSFP en más de un sitio de la CSFP a la vez.</li> <li>6. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación.</li> <li>7. He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa.</li> <li>8. Yo certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.</li> <li>9. Que autorizo la divulgación de información proporcionada en este formulario a otras organizaciones que administran programas de ayuda para determinar mi elegibilidad para la participación en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa. (Indique la decisión colocando una marca de verificación en el cuadro apropiado.) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>10. He recibido una notificación por escrito de los derechos de los beneficiarios</li> </ol>
---	---

**Ethnicity and Race**

<b>Ethnicity</b> (select one category)/Origen étnico (seleccione una categoría)	
Hispanic or Latino/Hispano o Latino <input type="checkbox"/>	Not Hispanic or Latino/No hispano o Latino <input type="checkbox"/>
<b>Race</b> (select one or more categories)/Raza (seleccione una o más categorías)	
<input type="checkbox"/> <b>Black or African American</b> /Negro o afroamericano	
<input type="checkbox"/> <b>Native Hawaiian or Other Pacific Islander</b> /Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico	
<input type="checkbox"/> <b>American Indian or Alaskan Native</b> /Indio americano o nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> <b>Asian</b> /asiático	
<input type="checkbox"/> <b>White</b> /el blanco	

**Signatures**

<b>Applicant or Proxy's Signature</b> /Firma del participante o representante	<b>CE or Site's Signature</b> /CE o firma del sitio
---	---

**Participation Application Supplemental Questionnaire**  
Commodity Supplemental Food Program (CSFP)  
Central Texas Food Bank

1. Applicant Name (last, first):  
-----

2. Marital Status:

- Single
- Married
- Common-Law
- Divorced
- Separated
- Widowed
- Undisclosed

3. Housing Type:

- Emergency Shelter/Mission/ Transitional
- Evacuee
- Own Home
- Private Rental
- Public (Social) Housing
- With Family/ Friends
- Unhoused
- Undisclosed

4. Identification Type:

- Driver's License
- Texas Identification Card
- Passport
- Permanent Resident Card
- Other (please specify): \_\_\_\_\_

5. Language(s) Spoken: \_\_\_\_\_

6. Self-Identifies As:

- Disability
- New Immigrant
- Veteran
- Refugee
- Evacuee
- Mental Illness
- Undisclosed

*Only complete #s 7-9 if the applicant lives with additional people.*

7. Household Member Information:

- Name (last, first): \_\_\_\_\_
- Date of Birth: \_\_\_\_\_
- Gender: \_\_\_\_\_
- Relationship to applicant: \_\_\_\_\_
- Monthly Income Amount: \_\_\_\_\_
- Monthly Income Type: \_\_\_\_\_

8. Additional Household Member Information:

- Name (last, first): \_\_\_\_\_
- Date of Birth: \_\_\_\_\_
- Gender: \_\_\_\_\_
- Relationship to applicant: \_\_\_\_\_
- Monthly Income Amount: \_\_\_\_\_
- Monthly Income Type: \_\_\_\_\_

9. Additional Household Member Information:

- Name (last, first): \_\_\_\_\_
- Date of Birth: \_\_\_\_\_
- Gender: \_\_\_\_\_
- Relationship to applicant: \_\_\_\_\_
- Monthly Income Amount: \_\_\_\_\_
- Monthly Income Type: \_\_\_\_\_

10. Highest Level of Education: \_\_\_\_\_

11. Employment Type:

- Full-Time
- Part-Time
- Retired
- None

12. Income Type: \_\_\_\_\_

13. Dietary Considerations:

- Diabetic
- Food Allergy: \_\_\_\_\_
- Vegetarian
- Other: \_\_\_\_\_

***This institution is an equal opportunity provider.***

*Completion of this questionnaire is not required to participate in the CSFP,  
but helps the Central Texas Food Bank serve CSFP Participants.*



**Cuestionario Suplementario de Solicitud de Participación**  
Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos  
Central Texas Food Bank

1. Nombre del solicitante (apellido, nombre):  
-----

2. Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Unión de hecho
- Divorciado
- Separado
- Viudo
- No revelado

3. Housing Type:

- Refugio de emergencia / Misión / Transición
- Evacuado
- Casa propia
- Alquiler privado
- Alojamiento público (social)
- Con Familia / Amigos
- Sin alojamiento
- No revelado

4. Identification Type:

- Licencia de conducir
- Tarjeta de identificación de Texas
- Pasaporte
- Tarjeta de Residente Permanente
- Otro (Por favor especifique):  
-----

5. Idioma(s) hablado(s):-----

6. Autoidentifica como:

- Discapacidad
- Nuevo Inmigrante
- Veterano
- Refugiado
- Evacuado
- Enfermedad Mental
- No revelado

*Sólo completar #s 7-9 si el solicitante vive con personas adicionales.*

7. Información del miembro del hogar:

- a. Nombre (apellido, nombre):-----
- b. Fecha de nacimiento:-----
- c. Sexo:-----
- d. Relación con el solicitante:-----
- e. Cantidad de ingresos mensuales:-----
- f. Tipo de ingreso mensual:-----

8. Información de miembro adicional del hogar:

- a. Nombre (apellido, nombre):-----
- b. Fecha de nacimiento:-----
- c. Sexo:-----
- d. Relación con el solicitante:-----
- e. Cantidad de ingresos mensuales:-----
- f. Tipo de ingreso mensual:-----

9. Información de miembro adicional del hogar:

- a. Nombre (apellido, nombre):-----
- b. Fecha de nacimiento:-----
- c. Sexo:-----
- d. Relación con el solicitante:-----
- e. Cantidad de ingresos mensuales:-----
- f. Tipo de ingreso mensual:-----

10. Nivel más alto de educación:-----

11. Tipo de empleo:

- Tiempo completo
- Medio tiempo
- Jubilado
- Ninguno

12. Tipo de ingreso:-----

13. Consideraciones dietéticas:

- Diabético
- Alergia alimentaria:-----
- Vegetariano
- Otro:-----

***Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.***

*No se requiere completar este cuestionario para participar en el CSFP,  
Pero ayuda al Central Texas Food Bank a servir a los participantes del CSFP.*