



**COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM (CSFP)  
OKLAHOMA APPLICATION FOR SENIORS**

Nombre		Fecha de Nacimiento	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Edad:	
Direccion de Adomicilio		Ciudad	Codigo Postal
Direccion de Correo		Ciudad	Codigo Postal
Numero de Telefono		Condado	

Numero de Persona que Puede Recibir Mensajes de mi Parte

**Identidad Etnicas y Raciales**

Escoje una entnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino	Elija uno o más (independientemente de la etnia): <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Indio Nativo o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco o Otro Isleno del Pacifico
---	---

1. Cuantas personas viven en su hogar?

2. Cual el ingreso mensual total de su hogar?

Si no puedo recoger los alimentos, autorizo a las siguientes personas a que me recojan los alimentos del CSFP

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**La siguiente información debe ser leída por o para el solicitante antes de la firma**

Esta solicitud se rellena en relación con la recepción de ayuda federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información de este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada puede someterme a un proceso judicial en virtud de las leyes estatales y federales aplicables. También soy consciente de que no puedo recibir las prestaciones del CSFP en más de un sitio del CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. He sido informado de mis derechos y obligaciones del programa. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta.

Autorizo la divulgación de la información contenida en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para que la utilicen a fin de determinar si reúno los requisitos para participar en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa. (Para indicar su decisión por favor coloque un tilde en la caja adecuada.)

SI  NO

Firma del Apicante:

Fecha:	Testigo si el apicante firma con marcas:
--------	--

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE CSFP

Numero de Agencia:	Typo de ID:	Fecha Recivido:
Nombre de Agencia:	Condado:	



## COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM (CSFP) OKLAHOMA APPLICATION FOR SENIORS

Derechos y obligaciones de los participantes en el CSFP **(debe ser leído por o para el solicitante antes de la firma):**

- Esta solicitud se está completando en relación con el recibo de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que una tergiversación deliberada puede someterme a un proceso judicial conforme a los estatutos estatales y federales aplicables.
- El uso indebido o la recepción de los beneficios de CSFP como resultado de la doble participación u otras violaciones del programa puede llevar a un reclamo contra la persona para recuperar el valor de los beneficios y puede llevar a la descalificación de CSFP.
- Entiendo que los paquetes de alimentos proporcionados por este programa están destinados únicamente para mi consumo como participante en el programa. Entiendo que vender productos de CSFP o cambiarlos por artículos no alimentarios podría resultar en mi terminación del programa. El uso indebido o la recepción de los beneficios de CSFP como resultado de la doble participación u otras violaciones del programa pueden llevar a una reclamación en mi contra para recuperar el valor de los beneficios.
- Entiendo que solo se me permite obtener un paquete de alimentos por mes. Soy consciente de que si no obtengo un paquete de alimentos durante dos meses consecutivos, mi participación en el programa puede ser cancelada.
- Puedo apelar cualquier decisión tomada con respecto a la terminación del programa, y puedo presentar una solicitud para una audiencia imparcial ante el Regional Food Bank of Oklahoma.
- La educación sobre nutrición estará disponible para mí y me animan a participar en estos servicios. El sitio del CSFP proporcionará información sobre otros programas de nutrición, salud o asistencia, y hará las referencias según corresponda.
- Doy mi consentimiento para que se divulgue información sobre mi solicitud y participación en el programa al personal de CSFP, a otras agencias de CSFP si deseo realizar la transferencia a un sitio diferente, ya los funcionarios del USDA, el Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma, y El Banco Regional de Alimentos de Oklahoma.
- Entiendo que debo informar los cambios en el ingreso o la composición del hogar dentro de los 10 días posteriores al cambio. De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE. UU., Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.
- Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para determinar mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa. (Indique la decisión colocando una marca de verificación en la casilla correspondiente).

SI       NO

Me han informado de mis derechos y obligaciones en virtud del programa. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.

Firma del Aplicante:	
Fecha:	Testigo si el aplicante firma con marca:



## COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM (CSFP) OKLAHOMA APPLICATION FOR SENIORS

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](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



**COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM (CSFP)**  
**OKLAHOMA APPLICATION FOR SENIORS**  
**TO BE COMPLETED BY CSFP STAFF**  
**CSFP CERTIFICATION or DENIAL**

1. Este solicitante tiene 60 años o más? (verifique edad)	_____ SI _____ NO
2. El ingreso del hogar es menos de 130% de la pobreza (ver tabla de ingresos) para el tamaño del hogar.	_____ SI _____ NO

\_\_\_\_\_ **Nego. Pregunta 1 or 2 respondio NO.**  
**Notificacion de Rechazo**

\_\_\_\_\_ **Certificado. Todas las preguntas respondidas.**

Signature of Person Determining Eligibility

Title	Date
-------	------

CSFP Site

**DISTRIBUTION RECORD**

Please use this table to record dates the participant receives food.

Participants may be recertified verbally after 6 months, as long as (i) the person's address and continued interest in receiving program benefits are verified; and (ii) the local agency has sufficient reason to believe that the person stills meets the income eligibility standards. After one year, the participant must fill out a new application.

You must notify a participant in writing that they are due for recertification at least 15 days before the end of their certification period. You must include a statement in the written notification that informs the applicant that program standards are applied without discrimination by race, color, national origin, age, sex, or disability.

Meses Certificado	Fecha de Entrega	Firma del Cliente
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		

**Verbal Recertification and next year distribution record on the back**



**COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM (CSFP)  
OKLAHOMA APPLICATION FOR SENIORS**

*TO BE COMPLETED BY CSFP STAFF*  
**CSFP VERBAL RECERTIFICATION  
Elderly Applicant**

When verbally recertifying, ask the following questions to each participant and make any appropriate changes.

1. Esta es tu direccion correcta?	2. Este es tu numero de telefono correcto?
3. Estos son su ingresos mensuales?	4. Las personas que nombro como apoderado correcto?

Signature of Person Recertifying Participant

Title	Date of Recertification
-------	-------------------------

CSFP Site

**DISTRIBUTION RECORD**

Please use this table to record dates the participant receives a food box.

If a participant fails to pick up a box for that month, please write "NO SHOW" in the signature line. If a participant misses two months in a row it will result in termination from the program. Participants must be notified by writing within 15 days of the effective date.

<b>MONTHS CERTIFIED</b>	<b>ISSUANCE DATE</b>	<b>CLIENT SIGNATURE FOR FOOD</b>
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		