



NOTICE OF CERTIFICATION STATUS

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

Agencia de Certificacon: _____ Fecha: _____

Direccion de Agencia: _____

Nombre del Applicante: _____

Direccion del Applicante: _____

Categorias de Elegibilidad: Los estandares del progama se aplican sin discriminacion por raza, color, nacionalidad, edad, sexo, o dicapacidad

_____ - ELD- Mayores (Solo casos aprobados en Oklahoma)

DETERMINACION DE ELIGIBILIDAD:

____ Usted es elegible para recibir los beneficios de CSFP para el period que comienza el mes de _____ y termina el mes de _____. Informacion sobre la hora, el lugar, y los medios de distribuicion de alimentos esta incluida en esta notificacion.

____ Usted es elegible para recibir los beneficios de CSFP, sin embargo, por el momento no temenos cajas disponibles. Colocaremos su nombre en una lista de espera y se le contactara cuando haya un espacio disponible.

NOTIFICACION DE LISTA DE ESPERA:

____ Tenemos aperturas de cajas disponibles. Tenga en cuenta que es hora de volver a deteminar su elegibiidad para CSFP. Complete los formularios adjuntos y llevelos junto con el solicitante mencionado anteriormente a nuestra oficina entre las horas de _____ - _____ en estos dias or fechas

_____.

AVISO DE VENCIMIENTO DEL PERIODO DE CERTIFICACION:

____ Su elegibilidad para los beneficios de CSFP esta a punto de vencer el ultimo dia del mes de _____. Contacte la agencia de certificacion mencionada anteriormente para obtener informacion adicional.

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.