

¡Bienvenido al programa Senior Grocery!



Este es un programa de USDA (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos) que es administrado por FOOD para el Condado de Lane. El USDA se refiere a este programa como el Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos, y CSFP es un acrónimo que se usa en los formularios del gobierno. ALIMENTOS para el Condado de Lane continuará refiriéndose al programa simplemente como el Programa de ultramarinos para personas mayores. Estamos muy emocionados de proporcionar este servicio, ¡y esperamos que lo encuentre útil y delicioso!

El Programa de ultramarinos para adultos mayores proporcionará una caja mensual de alimentos básicos nutritivos. Estos alimentos siguen una guía del USDA para proporcionar la nutrición necesaria para una dieta equilibrada para personas mayores. Puede esperar recibir de 40 a 50 libras de alimentos una vez al mes.

Puede calificar para este programa si vive con ingresos limitados y tiene más de 60 años. Hay requisitos específicos de ingresos que se deben cumplir para poder calificar para este programa. Se adjuntan para que usted pueda ver si califica. Si recibe fondos a través del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, anteriormente conocido como programa de cupones de alimentos), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Medicaid, usted es automáticamente elegible para este programa, pero tendremos que ver la verificación de que está recibiendo SNAP, TANF o Medicaid para completar su solicitud.

Antes de que pueda comenzar a recibir su caja mensual de alimentos, debemos recibir una solicitud completa y necesitaremos ver una copia de un documento con su fecha de nacimiento para verificar la edad y el comprobante de domicilio.

Para más preguntas, comuníquese con Carly Petersen en FOOD para el Condado de Lane:

(541) 343-2822, ext. 115 o por correo electrónico a [cpetersen@foodforlanecounty.org](mailto:cpetersen@foodforlanecounty.org)



\* FOOD for Lane County es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

<u>People in Home</u>	<u>Annual Income</u>	<u>Monthly Income</u>
1 person	\$18,954	\$1,580
2 people	\$25,636	\$2,137
3 people	\$32,318	\$2,694
4 people	\$39,000	\$3,250
Each Additional Add	\$6,682	\$557

Each member of a household can be qualified separately.

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE PRODUCTOS BÁSICOS

## ~CSFP~

Lea la página 1 antes de completar el formulario. Responda a todas las preguntas. Guarde la página 1 para sus registros.

### ¿CÓMO SOLICITO EL PROGRAMA DE PRODUCTOS BÁSICOS?

Esta solicitud es para el Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP, por sus siglas en inglés). Para determinar si usted califica, debe presentar esta solicitud a \_\_\_\_\_ (LCA). Usted debe cumplir con ciertos requisitos del programa para participar en el mismo. Este programa concede alimentos nutritivos específicos y ofrece información sobre necesidades alimenticias.

Para solicitar beneficios usted debe:

- Completar este formulario con toda la información necesaria;
- Prueba de ingresos o su declaración de no ingresos
- Mostrar prueba de las declaraciones que hace en este formulario. Específicamente:
  - Prueba de residencia
  - Identificación con foto

### ¿CÓMO SOLICITO OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS?

Comuníquese con: \_\_\_\_\_ (LCA) en esta dirección \_\_\_\_\_ si desea presentar una solicitud para otros servicios o programas que la agencia ofrece.

### DERECHOS DE AUDIENCIA PARA EL PROGRAMA CSFP ÚNICAMENTE:

*“Las normas para participar en el Programa son las mismas para todas las personas, independientemente de raza, color, origen nacional, sexo y discapacidades; usted puede apelar cualquier decisión por escrito respecto a la negación o terminación de los beneficios del Programa. Si su solicitud se aprueba, podrá acceder a educación sobre nutrición y le alentamos a que participe.”*

Si está en desacuerdo con la negación o terminación de la asistencia, puede pedir una audiencia imparcial dentro de los sesenta (60) días de recibir la decisión contactando a \_\_\_\_\_ (LCA). El pedido de una audiencia imparcial se deberá presentar personalmente, en forma oral o por escrito. El pedido de una revisión de información debe incluir: 1) Nombre, dirección y número de teléfono de contacto; 2) la razón de la queja; 3) la acción de remedio que se busca.

Un funcionario de audiencias arreglará una fecha, una hora y un lugar convenientes para usted y para \_\_\_\_\_ (LCA). Al prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a examinar todos los documentos, incluidos los registros y las regulaciones que sean directamente relevantes para la audiencia. Tiene derecho a que lo represente un abogado o cualquier otra persona que elija como su representante. Tiene derecho a una audiencia privada a menos que solicite una audiencia pública. Usted tiene derecho a interrogar a todos los testigos. El funcionario de audiencias debe presentar una decisión en un plazo de catorce (14) días desde la audiencia. Si está en desacuerdo con la decisión del funcionario de audiencias, puede iniciar una revisión judicial.

### RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos raciales y/o étnicos recabados en este formulario no tienen ningún efecto sobre la determinación de elegibilidad de la familia. Gracias por completar este formulario lo más exacta y completamente posible. El gobierno federal pide esta información para monitorear el cumplimiento con los estatutos federales que prohíben que los programas que reciben asistencia federal discriminen contra los solicitantes sobre esta base. La información obtenida se mantendrá confidencial y únicamente se utilizará para análisis estadísticos. Dar información racial y étnica es voluntario.

### EDUCACIÓN NUTRICIONAL:

La agencia local ofrecerá educación nutricional para todos los participantes adultos y para los padres o cuidadores de infantes y niños participantes, y los alentará a participar. La agencia local proporcionará información sobre otros programas de nutrición, salud o asistencia, y hará las recomendaciones apropiadas correspondientes.

### Declaración de no discriminación

Conforme a las leyes civiles Federales y a las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar según la raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o como venganza o represalia por haber participado previamente en actividades de derecho civiles en algún otro programa o actividad dirigida o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieren medios de comunicación alternativos para obtener más información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas auditivos o que tienen algún trastorno del habla se pueden comunicar con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. También se puede obtener información sobre el programa en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación sobre el programa, complete la Solicitud de Queja por Discriminación del Programa de USDA, (AD-3027) que está 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 escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información requerida en el formulario. Para obtener una copia de la solicitud de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo 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.**

### Programa Suplementario de Productos Básicos: Notificación de Derechos del Beneficiario

Este programa cuenta en su totalidad o parcialmente del apoyo financiero del Gobierno Federal, por lo tanto, debemos informarle que:

- No podemos discriminar contra usted por motivos de religión o creencia religiosa, por negarse a tener una creencia religiosa o por negarse a asistir o participar en una práctica religiosa;
- No lo podemos obligar a asistir o participar en ninguna actividad religiosa explícita ofrecida por nosotros, toda participación suya en este tipo de actividades debe ser totalmente voluntaria;
- Debemos separar en tiempo o lugar cualquier actividad explícitamente financiada con fondos privados de las actividades respaldadas con la asistencia directa del USDA;
- Si se opone al carácter religioso de nuestra organización, debemos hacer esfuerzos razonables para identificar el problema y recomendarlo a un proveedor alternativo al que no se oponga. Sin embargo, no podemos garantizar en todas las instancias que habrá un proveedor alternativo; y
- Puede informar sobre el incumplimiento de estas protecciones (incluida la denegación de servicios o beneficios) por parte de una organización a la agencia estatal ([FAP.CSFP-TEFAP@state.or.us](mailto:FAP.CSFP-TEFAP@state.or.us)). La agencia estatal responderá a la queja e informará sobre los presuntos incumplimientos a la Oficina Regional respectiva de USDA FNS en (<http://www.fns.usda.gov/fns-regional-offices>).

Le tenemos que entregar esta notificación antes de que se inscriba en nuestro programa o reciba servicios del programa, de conformidad con 7 CFR parte 16.

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE PRODUCTOS BÁSICOS (CSFP)

APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

CALLE (Si es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA TODAS LAS OTRAS PERSONAS DE SU FAMILIA:

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO mm/dd/aa

DECLARACIÓN DE INGRESO MENSUAL TOTAL: \$ \_\_\_\_\_

**INGRESO MENSUAL TOTAL:**

- Seguro Social  
 Seguro Social por Discapacidad  
 SSI  
 Pensión
- Seguro de Desempleo  
 Empleo  
 Empleo de temporada

**CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE**

- Asistencia General  
 TANF  
 Trabajador autónomo  
 Hijos de crianza
- Trabajador Agrícola  
 Discapacitado  
 Veterano  
 Seguro de Salud

**CAMBIOS DE SITUACIÓN ECONÓMICA:** ¿Espera que haya cambios en su situación económica o vivienda en los próximos meses?  Sí Si es "Sí", explique:  No

**ORIGEN ÉTNICO DEL JEFE DE FAMILIA:**

- 1) ¿Es usted hispano o latino?  Sí  No
- 2) ¿Cuál es su raza? (marque todo lo que corresponda)  Indio Americano o nativo de Alaska  Asiático  
 Negro o afroamericano  Blanco  Nativo de Hawai o de Oceanía  
 Me niego a ofrecer esta información.

**REPRESENTANTE AUTORIZADO:** Usted puede autorizar a que alguien que no es de su familia obtenga alimentos básicos para usted.  
 Al firmar este formulario, autorizo a (Nombre): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ a que dé información a DHS en mi nombre en referencia a CSFP. Además, autorizo a DHS, LCA y Oregon Food Bank a que accedan a cualquier registro para verificar la información dada.

- Consiento a cualquier investigación legalmente autorizada que se haga para verificar información que yo proporcione. Acuerdo permitir que el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Oregon dé información a DHS, LCA o a Oregon Food Bank para determinar mi elegibilidad.
- He recibido la primera página de esta solicitud, la cual describe mis derechos a solicitar una audiencia imparcial si se niega mi solicitud. Entiendo que debo pedir la audiencia dentro de los sesenta (60) días de la fecha de la negación escrita.
- YO NO PUEDO vender o cambiar productos básicos ni usar los productos básicos de otra persona para mi familia.
- También acuerdo informar a la oficina de CSFP si el ingreso o la composición de mi familia cambia. Proporcionaré la información nueva dentro de los diez (10) días del cambio.
- La agencia local ofrecerá educación nutricional para todos los participantes adultos y para los padres o cuidadores de infantes y niños participantes, y los alentará a participar.
- La agencia local proporcionará información sobre otros programas de nutrición, salud o asistencia, y hará las recomendaciones apropiadas correspondientes.
- El uso inapropiado o la recepción de beneficios de CSFP como consecuencia de la doble participación u otro incumplimiento del programa puede resultar en una queja contra la persona para recuperar el valor de los beneficios, y puede resultar en la descalificación del CSFP.

Esta solicitud se está completando en conexión con el recibo de asistencia federal. Los funcionarios del programa podrían verificar la información de este formulario. Entiendo que bajo los estatutos estatales y federales correspondientes se me podría procesar si deliberadamente doy información falsa. También sé que no puedo recibir beneficios de CSFP y WIC simultáneamente y que no puedo recibir beneficios de CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada se podría compartir con otras organizaciones para detectar y evitar la doble participación. Se me han informado mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que, a mi mejor saber y entender, la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta.

Autorizo a que se divulgue la información dada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para que se determine mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y para propósitos de comunicación de los programas.

Sí     No    Marque la casilla apropiada para indicar su decisión.

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PRESENCIADO SI FIRMÓ CON UNA X: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MIEMBRO DEL PERSONAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY: / Solo Para Uso Oficial**

ID Type Provided: \_\_\_\_\_

APPROVED     DENIED     NOTICE OF ACTION \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Staff Initial \_\_\_\_\_

Remarks:

**6 month review of eligibility:**

Participant eligible and interested in participation Y/N    Staff initial: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Participant eligible and interested in participation Y/N    Staff initial: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Participant eligible and interested in participation Y/N    Staff initial: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Política y acuerdo de respeto mutuo

Al participar en el programa Senior Grocery, tanto el destinatario (usted) como el personal del programa y los voluntarios aceptan cumplir con la política de respeto mutuo.

Estoy de acuerdo con:

- Trate a cada individuo con respeto en todo momento.
- Respete la privacidad y confidencialidad de todas las personas.
- Observe la no violencia en todas las interacciones con el programa y apoye un entorno no violento para todos los participantes. La no violencia es una declaración de derechos humanos y dignidad.
  - Un entorno no violento no tiene lugar para el sexismo, el racismo, la discriminación por edad, el lenguaje irrespetuoso o la agresión física.
  - Un ambiente no violento incluye mascotas. Si el personal o los voluntarios entrarán a su casa o se acercarán a su puerta, asegúrese de que sea seguro para ellos restringir a los animales agresivos o impredecibles.
- Vístase de manera que proporcione una cobertura corporal adecuada para mantener la comodidad y seguridad de todas las personas.
- Haga un esfuerzo sincero por comprender otros puntos de vista, aceptando que los demás tienen valores y opiniones diferentes a los suyos- no incorrectos, diferentes.
- Identifique problemas o inquietudes de manera respetuosa.
  - No le grite, culpe, amenace o insulte, incluso si está enojado, frustrado o herido.
  - Si hay un problema que no ha podido resolver, busque ayuda de la directora del programa Amber Friedman al 541-343-2822 x141

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo con la política de respeto mutuo indicada anteriormente y reconozco que mi participación en el programa Senior Grocery puede interrumpirse si infrinjo este acuerdo.

Fecha de firma \_\_\_\_\_