

## FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE 2025

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

He sido informado sobre mis derechos y obligaciones en el SFMNP. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información proporcionada. Entiendo que proporcionar intencionalmente información falsa o engañosa, u ocultar, falsificar o retener datos, puede resultar en la obligación de reembolsar a la agencia estatal, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos emitidos indebidamente y puede dar lugar a acciones legales civiles o penales bajo la legislación estatal y federal.

Los criterios de elegibilidad y participación en el SFMNP son los mismos para todas las personas, sin distinción de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Entiendo que tengo derecho a apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad para el SFMNP.

**Nombre del participante (en imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Beneficiario de los cheques)

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(día/mes/año)

Marque la casilla del identificador más apropiado para cada uno:

- Etnia:**  Hispano o latino  No hispano ni latino  
 Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico  Blanco

Al firmar este formulario de autorización, reconozco que el ingreso total de mi hogar se encuentra dentro de las pautas de ingresos establecidas: **\$28,953** para 1 persona en el hogar o **\$39,128** para 2 personas en el hogar, y que tengo 60 años o más.

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_ (Beneficiario de los cheques)

**Nombre del representante (en imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Persona que retira los cheques por el participante)

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma del representante:** \_\_\_\_\_

Número de cheques recibidos: \_\_\_\_\_

**\*\*El representante debe llevar este formulario a un sitio de distribución en el condado donde reside el participante. NO ENVIAR POR CORREO.**

## **Declaración de No Discriminación del USDA**

De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y las normativas y políticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, condición familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases de protección aplican a todos los programas). Los plazos para presentar quejas y las soluciones disponibles varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, audiocinta, Lengua de Señas Americana, etc.) deben comunicarse con la agencia responsable o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA, AD-3027, disponible en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>

También puede obtenerse en cualquier oficina del USDA o escribir una carta dirigida al USDA proporcionando en ella toda la información requerida en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o su 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; o
- (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.