

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.

#### Ethnicity and Race

**Ethnicity** (select one category)/Origen étnico (seleccione una categoría)

Hispanic or Latino/Hispano o Latino \_\_\_\_\_

Not Hispanic or Latino/No hispano o Latino \_\_\_\_\_

**Race** (select one or more categories)/Raza (seleccione una o más categorías)

\_\_\_\_\_ Black or African American/Negro o afroamericano

\_\_\_\_\_ Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

\_\_\_\_\_ American Indian or Alaskan Native/Indio americano o nativo de Alaska

\_\_\_\_\_ Asian/asiático

\_\_\_\_\_ White/el blanco

#### Certification Statement

This application is being completed in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form. I am aware that deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable State and Federal statutes. I am also aware that I may not receive CSFP benefits at more than one CSFP site at the same time. Furthermore, I am aware that the information provided may be shared with other organizations to detect and prevent dual participation. I have been advised of my rights and obligations under program. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.

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 a decision by placing a checkmark in the appropriate box.) Yes ☒ No ☐

I have received notice of my *Participant Rights and Responsibilities* (Form 1516). Yes ☒

A *Written Notice of Beneficiary Rights* was made available. Yes ☒

Esta solicitud se está llevando a cabo en relación con el recibo de asistencia federal. Oficiales 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. También soy consciente 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 puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Yo certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para su uso en la determinación de 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 el cuadro apropiado.) Sí ☐ No ☐

He recibido aviso de mi *Derechos y Responsabilidades del Participante* (Form 1516). Sí ☐

Se hizo disponible la Notificación por Escrito de los Derechos del Beneficiario. Sí ☐

#### Signatures

Applicant or Proxy's Signature/Firma del participante o representante

CE or Site's Signature/CE o firma del sitio