



Programa de Alimentos para Personas Mayores

Gracias por solicitar nuestro Programa Suplementario de Productos Básicos. Este es un programa del USDA administrado por Food for Lane County. El USDA se refiere a este programa como el Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP). Food For Lane County continuará refiriéndose a este programa simplemente como el Programa de Alimentos para Personas Mayores.

Usted puede calificar para este programa si vive con ingresos limitados y es mayor de 60 años. Consulte la página 2 para ver los requisitos de ingresos. Las personas que califiquen recibirán entre 35 y 40 libras de alimentos básicos nutritivos una vez al mes.

Por favor responda todas las preguntas. Conserve las páginas 1–4 para sus registros y devuelva las páginas 5–8 a Food for Lane County.

Antes de enviar su solicitud, **por favor asegúrese de incluir lo siguiente:**

- Solicitud completa, incluyendo los ingresos del hogar*.
**Un hogar incluye a las personas con las que vive Y con quienes comparte los gastos de alimentos. Si vive con otras personas, pero únicamente compra alimentos para usted, no los incluiría dentro del hogar.*
- Una copia de su licencia de conducir, identificación estatal o pasaporte.
- Un comprobante de correo para verificar su domicilio
- Formulario firmado de la “Política y Acuerdo de Respeto Mutuo”
- Formulario de contacto de emergencia

Por favor devuelva su solicitud completada a:

Food for Lane County
Atencion: Senior Foods Team
770 Bailey Hill Rd.
Eugene, OR 97402

Si tiene preguntas, comuníquese con el equipo de Senior Foods de Food for Lane County.

Teléfono: (541) 343-7256

correo electrónico: SeniorGroceryGroup@foodforlanecounty.org

*Food for Lane County es un empleador y proveedor con igualdad de oportunidades.

Guías de Ingresos del CSFP 2026

| <u>Personas en el Hogar</u> | <u>Ingreso Anual</u> | <u>Ingreso Mensual</u> |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------|
| 1 persona | \$23,940 | \$1,995 |
| 2 personas | \$32,460 | \$2,705 |
| 3 personas | \$40,980 | \$3,415 |
| 4 personas | \$49,500 | \$4,125 |
| Por cada persona adicional, agregue | \$8,520 | \$710 |

Para hogares con 2 o más personas:

- Si comparten los gastos de alimentos, incluya los ingresos de todos.
- Si no comparten los gastos de alimentos, solo incluya sus ingresos.

NOTA: Si no cumple con los requisitos de ingresos mencionados anteriormente, pero recibe beneficios a través de SNAP, TANF o Medicaid, es automáticamente elegible para este programa. Por favor, incluya prueba de los beneficios con su solicitud completada.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE PRODUCTOS BÁSICOS ~CSFP~

¿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 Food for Lane County. 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 Food for Lane County al número 541-343-2822 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 Food for Lane County. 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 conveniente para ambas partes. 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 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.

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

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 total mensual: \$ _____

FUENTE(S) DE INGRESO DEL HOGAR:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> seguro social | <input type="checkbox"/> seguro del desempleo |
| <input type="checkbox"/> seguro social discapacidad | <input type="checkbox"/> empleado(a) |
| <input type="checkbox"/> ingreso suplementario de | <input type="checkbox"/> empleado estacional |
| <input type="checkbox"/> seguridad (SSI) | <input type="checkbox"/> menores en cuidado de |
| <input type="checkbox"/> pensión | <input type="checkbox"/> crianza |

CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> asistencia general | <input type="checkbox"/> Trabajador |
| <input type="checkbox"/> asistencia temporal para | <input type="checkbox"/> agrícola |
| <input type="checkbox"/> familias necesitadas | <input type="checkbox"/> discapacitado(a) |
| <input type="checkbox"/> (TANF) | <input type="checkbox"/> veterano(a) |
| <input type="checkbox"/> trabajador por cuenta | <input type="checkbox"/> aseguanza |
| <input type="checkbox"/> propia | <input type="checkbox"/> medica |

CAMBIOS EN LA SITUACIÓN FINANCIERA: ¿Espera algún cambio en su situación financiera o en sus arreglos de vivienda en los próximos meses? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explíquelo:

ORIGEN ÉTNICO DEL JEFE DEL HOGAR: Nota: Cuando un solicitante no proporcione esta información, el recopilador de datos deberá, cuando sea posible, obtenerla y registrarla mediante observación visual.

1) Es usted hispano o latino? Yes No

2) Cuál es tu raza (marque las que correspondan)

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> indígena americano o nativo de | <input type="checkbox"/> asiático |
| <input type="checkbox"/> Alaska | <input type="checkbox"/> blanco |
| <input type="checkbox"/> afroamericano o negro | |
| <input type="checkbox"/> nativo hawaiano u otra persona de las islas del pacifico | |

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: _____

Solo para uso de la oficina:

ID Type Provided: _____

APPROVED DENIED NOTICE OF ACTION _____ Date: _____

Staff Initial _____

Remarks:

Annual 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: _____

FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA

| | | |
|--|--|--|
| SU NOMBRE COMPLETO _____ | | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA PRINCIPAL | | |
| Nombre completo | | |
| Relación | | |
| Número de contacto | | |
| Número alternativo | | |
| Correo electrónico | | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA SECUNDARIO | | |
| Nombre completo | | |
| Relación | | |
| Número de contacto | | |
| Número alternativo | | |
| Correo electrónico | | |
| <p>Los contactos de emergencia solo se utilizarán en caso de que no podamos comunicarnos con usted, el/la cliente, después de varios intentos.</p> | | |

FIRMA _____ FECHA _____