|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido del solicitante      | Nombre      | Inicial del segundo nombre   | Correo electrónico o número de teléfono      | Nombre del banco de alimentos      |
| Dirección del solicitante\*      | Ciudad      | Código postal      | Representante: Nombre(s) de la(s) persona(s) designada(s) para recoger los alimentos en nombre del grupo familiar del solicitante      |
| ¿Su grupo familiar recibe FoodShare (cupones para alimentos) en la actualidad? [ ]  Sí, recibimos. [ ]  No, hemos solicitado, pero no calificamos. [ ]  No, pero nos gustaría solicitar. [ ]  No, no deseamos solicitar. [ ]  No, pero nos gustaría tener información sobre FoodShare. |
|  | Comprobante del miembro del grupo familiar | Nombres de los miembros del grupo familiar(Identificación del jefe del grupo familiar verificada por cada caso) | Edad | **Certificación y firmas del solicitante:**Con mi(s) firma(s) a continuación, certifico que los ingresos brutos combinados de todos los miembros de mi grupo familiar no exceden los límites de elegibilidad por ingresos publicados en el banco de alimentos en la(s) fecha(s) que he firmado. Doy fe de que todas las personas que he indicado en este formulario realmente viven en mi hogar y son las personas con las que compartiré estos alimentos del USDA. Entiendo que los alimentos que se nos proveen son solo para nuestro uso.Libero al USDA, al estado de Wisconsin y a sus agentes, a este banco de alimentos y a cualquier agencia o persona que distribuya productos del USDA de cualquier responsabilidad que resulte de mi recepción de estos alimentos. Certifico que toda la información que he provisto en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que una certificación falsa puede obligarme a reembolsar el valor de los beneficios que he recibido y que también puedo ser objeto de un proceso penal. |
| De 0 (nacimiento) a 17 años | De 18 a 59 años | 60+ |
| 1. |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | **FIRMA** – Solicitante Solicitud original: mes/día/año [ ]  Comprobante de dirección provisto en la solicitud |
| 6. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | **FIRMA** – Solicitante Primera solicitud de **renovación**: mes/día/año [ ]  Comprobante de dirección provisto anualmente |
| 8. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | **FIRMA** – Solicitante Segunda solicitud de **renovación**: mes/día/año [ ]  Comprobante de dirección provisto anualmente |
| 10. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | **FIRMA** – Solicitante Tercera solicitud de **renovación**: mes/día/año [ ]  Comprobante de dirección provisto anualmente |
| 12. | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los EE. UU.) (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o tomar represalia por una actividad de derechos civiles anterior.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (p. ej., sistema Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el denunciante debe completar un formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa del USDA), el cual se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de derechos civiles) (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser presentados 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:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
[program.intake@usda.gov](http://mailto:program.intake@usda.gov/)

**Registro de las distribuciones de alimentos a los participantes de TEFAP\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Fecha |  | Nombre | Fecha |  | Nombre | Fecha |
| 1. |       |       | 17. |       |       | 33. |       |       |
| 2. |       |       | 18. |       |       | 34. |       |       |
| 3. |       |       | 19. |       |       | 35. |       |       |
| 4. |       |       | 20. |       |       | 36. |       |       |
| 5. |       |       | 21. |       |       | 37. |       |       |
| 6. |       |       | 22. |       |       | 38. |       |       |
| 7. |       |       | 23. |       |       | 39. |       |       |
| 8. |       |       | 24. |       |       | 40. |       |       |
| 9. |       |       | 25. |       |       | 41. |       |       |
| 10. |       |       | 26. |       |       | 42. |       |       |
| 11. |       |       | 27. |       |       | 43. |       |       |
| 12. |       |       | 28. |       |       | 44. |       |       |
| 13 |       |       | 29 |       |       | 45 |       |       |
| 14. |       |       | 30. |       |       | 46. |       |       |
| 15. |       |       | 31. |       |       | 47. |       |       |
| 16. |       |       | 32. |       |       | 48. |       |       |

\*Todos los bancos de alimentos que participen en TEFAP DEBEN registrar la fecha de distribución de alimentos a cada hogar. Sin embargo, los bancos de alimentos tienen flexibilidad para determinar
la mejor manera de obtener y mantener este registro. Los bancos de alimentos pueden optar por registrar sus distribuciones de TEFAP en una base de datos electrónica o en una hoja de cálculo. O bien, pueden continuar con la práctica de recolectar la firma de un participante en cada distribución (utilizando las líneas provistas arriba), o pueden hacer que un voluntario o miembro del personal simplemente registre las fechas en las líneas de arriba y no obtenga una firma. Los bancos de alimentos que aún utilizan los formularios en papel no necesitan renovarlos anualmente y pueden utilizarlos hasta que se agoten sus líneas. Los registros de TEFAP deben mantenerse durante tres años más allá del año en curso.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.