



beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del 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.**

**Certification Statement**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. This application is being completed in connection with the receipt of Federal assistance.</li> <li>2. Program officials may verify information on this form.</li> <li>3. I have received notice of my rights, obligations, and fair hearing request.</li> <li>4. I am aware that deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable State and Federal statutes.</li> <li>5. I am also aware that I may not receive both CSFP and WIC benefits simultaneously, and I may not receive CSFP benefits at more than one CSFP site at the same time.</li> <li>6. Furthermore, I am aware that the information provided may be shared with other organizations to detect and prevent dual participation.</li> <li>7. I have been advised of my rights and obligations under the program.</li> <li>8. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.</li> <li>9. 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 decision by placing a checkmark in the appropriate box.) Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>10. I have received a Written Notice of Beneficiary Rights.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esta aplicación se completa con respecto a la recepción de asistencia Federal.</li> <li>2. Oficiales del programa pueden verificar la información en este formulario.</li> <li>3. He recibido aviso de mi petición de audiencia imparcial, derechos y obligaciones.</li> <li>4. Soy consciente de que tergiversación deliberada me puede someter a procesamiento bajo leyes estatales y federales aplicables.</li> <li>5. También soy consciente de que no pueda recibir beneficios de CSFP y WIC simultáneamente, y no pueda recibir beneficios de la CSFP en más de un sitio de la CSFP a la vez.</li> <li>6. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación.</li> <li>7. He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa.</li> <li>8. Yo certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.</li> <li>9. Que autorizo la divulgación de información proporcionada en este formulario a otras organizaciones que administran programas de ayuda para determinar mi elegibilidad para la participación 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></li> <li>10. He recibido una notificación por escrito de los derechos de los beneficiarios</li> </ol>
---	---

**Ethnicity and Race**

<b>Ethnicity</b> (select one category)/Origen étnico (seleccione una categoría)	
<b>Hispanic or Latino</b> /Hispano o Latino <input type="checkbox"/>	<b>Not Hispanic or Latino</b> /No hispano o Latino <input type="checkbox"/>
<b>Race</b> (select one or more categories)/Raza (seleccione una o más categorías)	
<input type="checkbox"/> <b>Black or African American</b> /Negro o afroamericano	
<input type="checkbox"/> <b>Native Hawaiian or Other Pacific Islander</b> /Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico	
<input type="checkbox"/> <b>American Indian or Alaskan Native</b> /Indio americano o nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> <b>Asian</b> /asiático	
<input type="checkbox"/> <b>White</b> /el blanco	

**Signatures**

<b>Applicant or Proxy's Signature</b> /Firma del participante o representante	<b>CE or Site's Signature</b> /CE o firma del sitio
---	---



Commodity Supplemental Food Program  
People And Nutrition (PAN) Program



*This form must be completed when enrolling or recertifying someone with multiple people in the household.*

**Applicant Name:** \_\_\_\_\_ **Applicant DOB:** \_\_\_\_\_

Additional Household Member information:

<b>Name of Household Member (Last, First, Middle Initial)</b>		<b>Date of Birth:</b> _____	<b>Gender:</b> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
		<b>Is Date of Birth Estimated?</b> <input type="checkbox"/> Yes	
<b>Relationship to Applicant</b> Spouse..... <input type="checkbox"/> Sibling..... <input type="checkbox"/> Child..... <input type="checkbox"/> Grandchild..... <input type="checkbox"/> Parent..... <input type="checkbox"/> Other..... <input type="checkbox"/>		<b>Does this person receive income?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes \$ _____  If yes, List income type ( <i>SSI, employment</i> ) _____	
<b>Ethnicity</b> (select one category) Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/>			
<b>Race</b> (select one or more categories) Black or African American ..... <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander ..... <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native ..... <input type="checkbox"/> Asian ..... <input type="checkbox"/> White ..... <input type="checkbox"/>			

<b>Name of Household Member (Last, First, Middle Initial)</b>		<b>Date of Birth:</b> _____	<b>Gender:</b> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
		<b>Is Date of Birth Estimated?</b> <input type="checkbox"/> Yes	
<b>Relationship to Applicant</b> Spouse..... <input type="checkbox"/> Sibling..... <input type="checkbox"/> Child..... <input type="checkbox"/> Grandchild..... <input type="checkbox"/> Parent..... <input type="checkbox"/> Other..... <input type="checkbox"/>		<b>Does this person receive income?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes \$ _____  If yes, List income type ( <i>SSI, employment</i> ) _____	
<b>Ethnicity</b> (select one category) Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/>			
<b>Race</b> (select one or more categories) Black or African American ..... <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander ..... <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native ..... <input type="checkbox"/> Asian ..... <input type="checkbox"/> White ..... <input type="checkbox"/>			

<b>Name of Household Member (Last, First, Middle Initial)</b>  	<b>Date of Birth:</b> _____ <b>Is Date of Birth Estimated?</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Gender:</b> <b>Male</b> <input type="checkbox"/> <b>Female</b> <input type="checkbox"/>										
<b>Relationship to Applicant</b> Spouse..... <input type="checkbox"/> Sibling..... <input type="checkbox"/> Child..... <input type="checkbox"/> Grandchild..... <input type="checkbox"/> Parent..... <input type="checkbox"/> Other..... <input type="checkbox"/>	<b>Does this person receive income?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes \$ _____  If yes, List income type ( <i>SSI, employment</i> ) _____											
<b>Ethnicity</b> (select one category) <b>Hispanic or Latino</b> <input type="checkbox"/> <b>Not Hispanic or Latino</b> <input type="checkbox"/>												
<b>Race</b> (select one or more categories) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Black or African American .....</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Native Hawaiian or Other Pacific Islander .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>American Indian or Alaskan Native .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asian .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>White .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Black or African American .....	<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian or Other Pacific Islander .....	<input type="checkbox"/>	American Indian or Alaskan Native .....	<input type="checkbox"/>	Asian .....	<input type="checkbox"/>	White .....	<input type="checkbox"/>
Black or African American .....	<input type="checkbox"/>											
Native Hawaiian or Other Pacific Islander .....	<input type="checkbox"/>											
American Indian or Alaskan Native .....	<input type="checkbox"/>											
Asian .....	<input type="checkbox"/>											
White .....	<input type="checkbox"/>											

<b>Name of Household Member (Last, First, Middle Initial)</b>  	<b>Date of Birth:</b> _____ <b>Is Date of Birth Estimated?</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Gender:</b> <b>Male</b> <input type="checkbox"/> <b>Female</b> <input type="checkbox"/>										
<b>Relationship to Applicant</b> Spouse..... <input type="checkbox"/> Sibling..... <input type="checkbox"/> Child..... <input type="checkbox"/> Grandchild..... <input type="checkbox"/> Parent..... <input type="checkbox"/> Other..... <input type="checkbox"/>	<b>Does this person receive income?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes \$ _____  If yes, List income type ( <i>SSI, employment</i> ) _____											
<b>Ethnicity</b> (select one category) <b>Hispanic or Latino</b> <input type="checkbox"/> <b>Not Hispanic or Latino</b> <input type="checkbox"/>												
<b>Race</b> (select one or more categories) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Black or African American .....</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Native Hawaiian or Other Pacific Islander .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>American Indian or Alaskan Native .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asian .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>White .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Black or African American .....	<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian or Other Pacific Islander .....	<input type="checkbox"/>	American Indian or Alaskan Native .....	<input type="checkbox"/>	Asian .....	<input type="checkbox"/>	White .....	<input type="checkbox"/>
Black or African American .....	<input type="checkbox"/>											
Native Hawaiian or Other Pacific Islander .....	<input type="checkbox"/>											
American Indian or Alaskan Native .....	<input type="checkbox"/>											
Asian .....	<input type="checkbox"/>											
White .....	<input type="checkbox"/>											

**This institution is an equal opportunity provider.**

Print page 3 only as necessary for **certification extension**.

---

Participant's Name and Signature/Nombre y firma del participante

---

Proxy's Name and Signature/Nombre y firma del representante

---

Eligibility Specialist's Name and Signature/Nombre y firma del especialista de elegibilidad

Date/Fecha

1. **Has your address changed?/¿Ha cambiado su dirección?** Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*If yes, see page 4 of this form to recertify the participant. If not, go to item 2.*

2. **Do you still want to receive CSFP benefits? Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

¿Desea continuar recibiendo beneficios de CSFP (alimentos de USDA)?

*If yes, go to item 3. If not, stop here and file this form with the Participation Application.*

3. **Does the CE or site believe that the participant still has an income that meets eligibility requirements?/**

¿El CE o el sitio creen que el participante todavía tiene un ingreso que cumple con los requisitos de elegibilidad?

Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*If yes, go to item 4 to extend certification. If not, go to page 4 to recertify participant.*

4. **Dates of certification extension/Fechas de extensión de certificación** \_\_\_\_\_ to/a \_\_\_\_\_

---

Participant's Name and Signature/Nombre y firma del participante

---

Proxy's Name and Signature/Nombre y firma del representante

---

Eligibility Specialist's Name and Signature/Nombre y firma del especialista de elegibilidad

Date/Fecha

1. **Has your address changed?/¿Ha cambiado su dirección?** Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*If yes, see page 4 of this form to recertify the participant. If not, go to item 2.*

2. **Do you still want to receive CSFP benefits? Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

¿Desea continuar recibiendo el beneficios de CSFP (alimentos de USDA)?

*If yes, go to item 3. If no, stop here and file this form with the Participation Application.*

3. **Does the CE or site believe that the participant still has an income that meets eligibility requirements?/**

¿El CE o el sitio creen que el participante todavía tiene un ingreso que cumple con los requisitos de elegibilidad?

Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*If yes, go to item 4 to extend certification. If not, go to page 4 to recertify participant.*

4. **Dates of certification extension/Fechas de extensión de certificación** \_\_\_\_\_ to/a \_\_\_\_\_

Print page 4 only as necessary for **recertification**.

**Household Information**

<b>Name of applicant</b> /Nombre del solicitante	<b>Address</b> /Dirección	<b>Date</b> /Fecha
<b>Date of birth</b> /La fecha de nacimiento	<b>Phone number</b> /Número de teléfono	<b>Site name</b> /Nombre del sitio
<b>Name of proxy</b> /Nombre del proxy	<b>Phone number</b> /Número de teléfono	<b>Dates of proxy</b> /Fechas de proxy

**Income Information**

**Total gross income (before deductions) of all household members. SNAP benefits do not count as income.**  
Ingresos brutos total (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar. *Beneficios de SNAP no cuentan como ingreso.*

\$ \_\_\_\_\_ **Weekly**/Semanal                      \$ \_\_\_\_\_ **Monthly**/Mensual                      \$ \_\_\_\_\_ **Yearly**/Anual

Income documentation:  
 • Social security award letter • Pay stub from previous month  
 • Income tax return • Bank statement • SSI award letter

Documentación de ingresos:  
 • Carta de premio de la seguridad social • Talón de pago del mes anterior  
 • Declaración de impuestos • El estado de cuenta  
 • Carta de premio SSI

\_\_\_\_\_ **Number of household members**/Número de miembros del hogar

**Eligibility**

\_\_\_\_\_ **Eligible/Eligible** Applicant is eligible when they meet income, residency, and age requirements./El solicitante es elegible cuando cumple con los requisitos de ingresos, residencia, y edad.

\_\_\_\_\_ **Eligible** and on wait list/Eligible y en la lista de espera

**Dates of certification**/Fechas de la certificación: from/de \_\_\_\_\_ to/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Ineligible/Inelegible** I have been advised in writing that I am ineligible to participate in the CSFP and have the right to a fair hearing. I am ineligible to participate based on the following criteria:/He sido informado por escrito que soy inelegible para participar en el programa de comida suplemental y tienen derecho a una audiencia imparcial. Soy inelegible para participar en base a los siguientes criterios:

\_\_\_\_\_ Income/Los ingresos                      \_\_\_\_\_ Residency/La residencia                      \_\_\_\_\_ Age/La edad

**Signature**

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