

# DESPENSA PARA PERSONAS MAYORES.

## ¿Qué es una caja CSFP?

El Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos es un programa financiado por el gobierno federal operado a través del Departamento de Agricultura de Carolina del Norte y el USDA. El propósito del programa es proporcionar alimentos nutritivos a las personas mayores que pueden cocinar por sí mismas si califican para participar.

## ¿Cómo puedo calificar para una caja CSFP?

Para calificar para CSFP **DEBE** cumplir con los siguientes criterios:

1. Tener 60 años o más
2. Debe tener una identificación con foto o una tarjeta de Medicare
3. Residir en el condado donde se distribuye la comida
4. Tener un ingreso en o por debajo de las pautas enumeradas

Consulte la Guía de ingresos a continuación para ver si califica según el tamaño de su hogar.

## What's in a CSFP box?

Por lo general una caja CSFP es aproximadamente 30lbs de alimentos de despensa y un bloque de queso.

- 2 Cartones de leche líquida
- 6 Latas de verduras
- 2 Cajas de cereal
- 2 Botellas de jugo
- 3 Proteínas sin carne
- 2 Proteínas
- 2 Granos
- 2 Latas de fruta

<b>Guía de ingresos de CSFP</b>	
<b>Tamaño del hogar</b>	<b>Entrada mensual de ingresos del hogar</b>
1	\$1,473
2	\$1,984
3	\$2,495
4	\$3,007
5+	Agregue \$512 por miembro adicional del hogar

¿Quieres saber más o registrarte?

OF CENTRAL & EASTERN NORTH CAROLINA

El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.



North Carolina Department of Agriculture and Consumer Services  
Food Distribution Division

**COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM APPLICATION**

Steven W. Troxler  
COMMISSIONER

Contracted Agency: \_\_\_\_\_

Distributing Agency if different from Contracting Agency: \_\_\_\_\_

County Name: \_\_\_\_\_

**Applicant Information (Please Print Clearly)**

Applicant Name:	Date of Birth:	Age:	Sex:	Application Date:
Residential Address:	City:	State:	Zip Code:	Home Phone:
Mailing Address:	City:	State:	Zip Code:	Cell Phone:

**Racial/Ethnic Data (Optional)**

(Data will not affect consideration of application for assistance. This information is requested solely to ensure compliance with Federal Civil Rights laws.)

<b>Ethnic Category</b> (Select only one) Are you Hispanic or Latino? D Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Racial Category</b> (Select one or more) = American Indian or Alaska Native = Native Hawaiian or Other Pacific Islander = Asian = White = Black or African American = Other
--	--

**Household Income**

**Did you provide a copy of the current adjusted household income guidelines at 130 percent Federal Poverty Income Guideline to applicant?**  Yes  No

**Gross Household Income:** \$ \_\_\_\_\_ **Source(s) of Income:**  FT Employment  DPT Employment

Monthly  Semi-monthly  Weekly  Every 2 Weeks  Social Security  Other: \_\_\_\_\_

**Total Household Members** \_\_\_\_\_ (Check box if included for CSFP) **Total CSFP Household Members** \_\_\_\_\_  
List the name of all household members below and place a check in the box by the name of all CSFP participants.


I hereby certify that:  
I understand that the foods given me are to be used by person listed hereon and as directed by the distributing agency. I authorize the following persons to pick up food for me from the Food Distribution Center.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Eligibility Verification (Document):** the verification used for each eligibility criteria listed below):

<b>Eligibility Criteria Verification Source:</b> D Driver's License <input type="checkbox"/> Medicare Card D Birth Certificate <input type="checkbox"/> NC ID Card <input type="checkbox"/> Other: _____	<b>Has applicant's age been verified:</b> D Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

**Birth Date on Verification Source:**

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

**Signature of Applicant:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Witness Signature (if signature above is an "X")** \_\_\_\_\_

## COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM APPLICATION

### Certification Approval

<To be turned by CSFP Contracted Distributor Agency Staff Only)

<b>Status:</b> <input type="checkbox"/> Eligible (Active) <input type="checkbox"/> Eligible (Waiting List) <input type="checkbox"/> Denied/Discontinued	<b>Eligibility Notification:</b> <input type="checkbox"/> Letter <input type="checkbox"/> Verbal <b>Date:</b> _____
<b>Certification Period</b> <input type="checkbox"/> 1 Year Certification <input type="checkbox"/> 3 Year Certification	_____ to _____ to _____
<b>Reason for Denial/Discontinuation:</b> _____	<b>Denial/Discontinuation Letter Given/Sent:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>Date:</b> _____

**I hereby certify that all eligibility criteria were applied as defined by the North Carolina Department of Agriculture and Consumer Services.**

**Contracted Distributing Agency Certification Staff**

**Printed Name:** \_\_\_\_\_ **Title:** \_\_\_\_\_

**Agency Certification Staff Signature:** \_\_\_\_\_

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity..

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online

at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Com12laint-Form-0508-0002-508-1-1-28-17Fax2Mail.12df>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA.

The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by: (!) **mail:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; or (2) **fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or (3) **email:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

This institution is an equal opportunity provider.

Division de Distribución de Alimentos del  
Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor de Carolina del Norte

[logo]

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ALIMENTOS BÁSICOS SUPLEMENTARIOS  
[CSFP por sus siglas en inglés]**

Steven W. Troxler  
COMISIONADO

Agencia contratada: -----

Agencia distribuidora si es aparte de la agencia contratante: \_\_\_\_\_

Nombre del condado: \_\_\_\_\_

**Información del solicitante (Escribir con claridad en letra de molde.)**

Nombre del solicitante:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Fecha de solicitud:
Dirección de la casa:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono de la casa:
Dirección para el envío de documentos:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono celular:

**Datos raciales/étnicos (opcional)**

(Estos datos no influirán en la consideración de la solicitud de asistencia. Esta información se solicita únicamente para garantizar el cumplimiento de las leyes federales de derechos civiles.)

<b>Categoría étnica</b> (Marcar sólo una.)	<b>Categoría racial</b> (Marcar sólo una.)		
¿Es usted hispano o latino?	<input type="checkbox"/> Indígena de América o Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena de Hawái u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro

**Ingresos del hogar**

¿Se le proporcionó al solicitante una copia de las pautas actuales de ingresos familiares ajustados al 130 por ciento de la Pauta Federal de Ingresos de Pobreza?     Sí     No

**Ingresos brutos del hogar:** \$ -----;-----;-----;-----;-----    **Fuente(s) de los ingresos:**     Empleo a TC     Empleo a MT  
 Mensual     2 veces al mes     Semanal     Inmensal     Seguro Social     Otro:

**Total de miembros del hogar** \_\_\_\_ (Marcar la casilla si se incluye en el CSFP.)    **Total de miembros del hogar en el CSFP** \_\_\_\_

Escribir a continuación los nombres y apellidos de todos los miembros del hogar. Marcar las casillas correspondientes para indicar cuáles son los miembros que participan en el CSFP.


**Por medio de la presente certifico que entiendo que los alimentos que me dan ban de ser utilizados por la persona cuyos nombres y apellidos aparecen aquí y según las indicaciones de la agencia distribuidora. Autorizo a las siguientes personas a recoger alimentos en mi nombre del Centro de Distribución de Alimentos.**

1. =====    2. \_\_\_\_\_

**Verificación de elegibilidad (Documentar la fuente de verificación que se usó para cada criterio de elegibilidad indicada a continuación)**

**Fuente de verificación de criterios de elegibilidad:**     Carne de conducir    ¿se ha verificado la edad del solicitante?  
 Tarjeta de Medicare     Acta de nacimiento o Cedula de Carolina del Norte     Sí     No  
 Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento indicada en la fuente de verificación: \_\_\_\_\_

"Esta solicitud se completa en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información del formulario. Estoy consciente de que cualquier tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento según las estatutos estatales y federales aplicables. También estoy consciente de que no puedo recibir beneficios del CSFP de más de un sitio del CSFP al mismo tiempo. Además, estoy consciente de que la información proporcionada puede compartirse con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. Me han informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de la información presentada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para su uso en determinar mi elegibilidad y participar en otros programas de asistencia pública y para fines de extensión del programa." (Favor indicar su decisión marcando la casilla correspondiente.)     Sí     No

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_    **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma del testigo (si la firma anterior es una "X")