Arizona Department of Economic Security

División de Servicios Infantiles y Comunitarios - Programa de Alivio Coordinado del Hambre

Solicitud para Beneficios

◯ TEFAP ◯ CSFP

Información del Solicitante

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de personas en el hogar: _____

Género *(Opcional)*: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No divulgado

Estado Civil *(Opcional)*: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ No divulgado ☐ Matrimonio por convivencia

Dirección *(Núm., Calle)*: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Tipo de vivienda *(Opcional)*: ☐ En hogar propio ☐ Sin hogar ☐ Con familia o amigos ☐ Otro ☐ Prefiero no responder

Idioma *(Opcional)*: _____

Etnia (Se requiere para el CSFP): ☐ Blanca/Anglo ☐ Negra/Afroamericana ☐ Hispánica/Latina ☐ Indígena de la Polinesia ☐ Asiática ☐ Indígena de los EE.UU. ☐ Nativo de Alaska/Aleutiano/Esquimal ☐ Mediooriental/Norafricano ☐ Otro

Autoidentificación de *(Opcional)*: ☐ Discapacidad ☐ No divulgado ☐ Veterano ☐ Enfermedad mental ☐ N/A ☐ Embarazo ☐ Posparto ☐ Lactancia materna ☐ Otro

Autorización para Representación

Entiendo que tengo que recoger mi comida regularmente y que si no recojo mi comida puede terminarse mi participación en el CSFP. En caso de que no puede recoger mi comida, por favor, entréguesela a:

Nombre(s) en letra de molde del representante(s):

_____ _____ _____

Esta solicitud se está llenando en relación con la recepción de asistencia Federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que la falsificación deliberada puede ser motivo de procesamiento según los estatutos Estatales y Federales que correspondan. Clientes del CSFP: Soy consciente de que la información proporcionada puede compartirse con otras organizaciones para detectar y evitar la participación doble. Me han informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que proporcioné para mi determinación de elegibilidad es correcta según mi leal saber y entender.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programa de asistencia para determinar mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa.
(Por favor, indique la decisión marcando la casilla correspondiente.) ☐ Sí ☐ No

Vea la página 3 para leer la declaración de USDA/EOE/ADA

Certifico que mi ingreso familiar bruto es igual o inferior al índice de pobreza federal aceptable para el programa al que solicito. He revisado la tabla de elegibilidad de ingresos actual y recibí una explicación de los ingresos contables y no contables.

Nombre del Solicitante *(En letra de molde)*: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Información del Miembro del Hogar 1

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Padre o Madre ☐ Hermano/a ☐ Abuelo/a ☐ Nieto/a
☐ Otro pariente ☐ Novio/a ☐ Amigo/a ☐ No divulgado

Género *(Opcional)*: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No divulgado

Información del Miembro del Hogar 2

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Padre o Madre ☐ Hermano/a ☐ Abuelo/a ☐ Nieto/a
☐ Otro pariente ☐ Novio/a ☐ Amigo/a ☐ No divulgado

Género *(Opcional)*: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No divulgado

Información del Miembro del Hogar 3

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Padre o Madre ☐ Hermano/a ☐ Abuelo/a ☐ Nieto/a
☐ Otro pariente ☐ Novio/a ☐ Amigo/a ☐ No divulgado

Género *(Opcional)*: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No divulgado

Información del Miembro del Hogar 4

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación: ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Padre o Madre ☐ Hermano/a ☐ Abuelo/a ☐ Nieto/a
☐ Otro pariente ☐ Novio/a ☐ Amigo/a ☐ No divulgado

Género *(Opcional)*: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No divulgado

Por favor envíe esta solicitud completa a

Correo electrónico: coordinatedhungerreliefprogram@azdes.gov

Correo: Arizona Department of Economic Security
Child and Community Services Division
Coordinated Hunger Relief Program (Mail Drop 4382)
1789 W. Jefferson Street
Phoenix, AZ 85007

Para obtener más información sobre los programas de asistencia alimentaria del DES, visite: des.az.gov/services/basic-needs/food-assistance

---

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English online or at the local office