

**Certificación y recogida de envases de alimentos**

**CERTIFICATION AND FOOD PACKAGE PICK-UP**

**PRIMER AÑO**

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

El solicitante recibirá una notificación si es elegible o no para los beneficios del CSFP; o bien, si lo colocan en una lista de espera, dentro de los 10 días de la fecha de la solicitud.

Apellido del participante		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Condado	Fecha de comienzo de la cert.  / /	
Dirección		Ciudad	Código postal	Teléfono		Fecha de finalización de la cert. (+ 2 años)  / /		
<p><b>Preguntas de la certificación</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si todas las respuestas son "yes" (sí), el solicitante califica.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La identificación indica que tiene <b>60 años o más</b>, solo la primera vez.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Muestra evidencia de <b>una dirección dentro del área de servicio</b>.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Declara por su cuenta que <b>el ingreso es igual o menor</b> al de la pauta.</p>				Representante nro. 1: (nombre completo en letra de molde)				
					Representante nro. 2: (nombre completo en letra de molde)			
<p><b>Raza</b> (marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Nativa americana/Nativa de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiática</p> <p><input type="checkbox"/> Negra o afroamericana</p> <p><input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/otras islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanca</p> <p><b>Etnia</b> (debe indicar una):</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> Ni Hispano ni Latino</p>			<p align="center"><b>FIRMA</b></p> <p align="center">Identificación requerida del receptor de los alimentos del participante o representante para dicha emisión</p>			<b>Fecha</b>	<b>CSFP inicial</b>	Capacitación sobre la nutrición o información proporcionada
			1.					
			2.					
			3.					
			4.					
<p><b>PARTICIPANTE/REPRESENTANTE</b></p> <p><b>Al firmar esto</b>, Certifico que recibí el paquete mensual de USDA Foods para ser utilizado solo por el participante mencionado anteriormente y entiendo que las reglas para ser aceptado en el programa y participar en él son las mismas para todas las personas, independientemente de su raza, color, país de origen, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias o venganzas por una actividad de derechos civiles anterior.</p>			5.					
			6.					
			7.					
			8.					
			9.					
			10.					
			11.					
			12.					

**Certificación y recogida de envases de alimentos**

**CERTIFICATION AND FOOD PACKAGE PICK-UP**

**SEGUNDO AÑO**

Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

Copie la siguiente información del formulario del PRIMER AÑO en este formulario:

Apellido del participante	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Condado	Fecha de finalización de la cert.  / /
<b>Preguntas adicionales de la certificación:</b> si ambas respuestas son "yes" (sí), la certificación continuará por otro año. Si hay uno o más "no", siga la política para finalizar la certificación.  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Verifica verbalmente que la <b>dirección actual está dentro del área de servicio.</b>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Declara que los <b>ingresos no cambiaron</b> /son iguales o menores que al de la pauta.		Representante nro. 1: (nombre completo en letra de molde)			
		Representante nro. 2: (nombre completo en letra de molde)			
<b>PARTICIPANTE/REPRESENTANTE</b> Al firmar esto, Certifico que recibí el paquete mensual de USDA Foods para ser utilizado solo por el participante mencionado anteriormente y entiendo que las reglas para ser aceptado en el programa y participar en él son las mismas para todas las personas, independientemente de su raza, color, país de origen, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias o venganzas por una actividad de derechos civiles anterior.	<b>FIRMA</b>		<b>Fecha</b>	<b>CSFP inicial</b>	Capacitación sobre la nutrición o información proporcionada
	Receptor de los alimentos de participante o representante Se requiere la identificación para cada emisión				
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				
	8.				
	9.				
	10.				
	11.				
12.					

Cuando este lado del formulario esté completo, será momento de volver a certificar un nuevo formulario.