



Everyday Eats Solicitud



COLORADO
Office of Economic Security
Division of Food & Energy Assistance

Nombre del solicitante		Número de caso	
Número de teléfono		Condado	
Domicilio físico (calle, ciudad, código postal)			
Domicilio postal (calle, ciudad, código postal), en caso de ser diferente			
Fecha de nacimiento del solicitante		Cantidad de personas que viven en el hogar	
Nombres de los miembros del hogar que cumplen con los requisitos		Edad	Fecha de nacimiento
			Número de caso (Para uso exclusivo de la agencia)

DATOS RACIALES Y ÉTNICOS (OPCIONAL) Tenga en cuenta que si usted decide no revelar su raza y etnia, la agencia se las designará de acuerdo con lo que observe.

¿Es de origen hispano o latino? (Solamente para fines estadísticos) SÍ NO

¿Cuál es su raza? (Seleccione una o más) Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático

Negro o afroamericano Hawaiano o isleño del Pacífico Blanco

Directrices 2024 sobre la elegibilidad por ingresos (actualizadas)		
Tamaño del hogar	Ingresos mensuales del hogar	Ingreso anual del hogar
1	\$1,883	\$22,590
2	\$2,555	\$30,660
3	\$3,228	\$38,730
4	\$3,900	\$46,800
5	\$4,573	\$54,870
Por cada miembro adicional de la familia suma:	\$673	\$8,070

Indique la fuente y el importe de los ingresos del último mes antes de cualquier deducción, como impuestos y contribuciones de seguridad social. Debe incluir los ingresos de todos los miembros del hogar. Los «otros» ingresos incluyen comisiones, prestaciones por huelga, ingresos de fideicomisos, contribuciones de familiares, etc. Si los ingresos del último mes no representan los ingresos habituales del hogar, los ingresos mensuales pueden calcularse como el promedio de los ingresos del hogar durante los 12 meses anteriores.

Tipo de ingreso	Ingresos mensuales del hogar	Ingreso anual del hogar
Sueldos y salarios brutos		
Seguro Social		
Pensiones/Jubilación		
Ingresos provenientes del empleo por cuenta propia		
Desempleo		
Otros ingresos		
Total de ingresos del hogar		

Los participantes del programa deben reportar los cambios en los ingresos o en la composición del hogar dentro de los 10 días siguientes de que los sepan.

ANTES DE FIRMAR, CONOZCA SUS DERECHOS Y LAS IMPLICACIONES DE FIRMAR:

- ✓ Los estándares de participación en el programa son los mismos para todos, independientemente de su raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), edad y discapacidad.
- ✓ Usted puede apelar cualquier decisión que tome la agencia local en relación con la negación o terminación del Programa.

- ✓ Recibirá información sobre nutrición, salud y servicios sociales, y se le invitará a buscar la ayuda necesaria.
- ✓ Si su solicitud es aprobada, la agencia local pondrá a su disposición educación nutricional y se le invitará a participar.

Esta solicitud se llena para recibir ayuda federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información contenida en este formulario. Soy consciente de que hacer declaraciones falsas de forma deliberada puede hacerme sujeto de un proceso judicial en virtud de las leyes estatales y federales aplicables. También soy consciente de que no puedo recibir las prestaciones del CSFP en más de un centro del CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. He sido informado de mis derechos y obligaciones en el marco del Programa. Certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en esta solicitud a otras organizaciones que administren programas de asistencia pública para determinar si cumpla con los requisitos para participar y para fines de difusión de dichos programas. (Por favor indique su decisión marcando la casilla correspondiente).

SÍ NO

Firma del solicitante	Fecha
Firma de certificación para la lista de espera	Fecha

*** * * * * SOLO PARA QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN DE DERECHOS CIVILES * * * * ***

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 institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

*** * * * * PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA QUE CERTIFICA * * * * ***

He verificado lo siguiente respecto a cada solicitante: Elija todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Identificación (indique el tipo) <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Lugar de residencia <input type="checkbox"/> Miembros del hogar	El solicitante: <input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> No elegible ¿Hay cupos para aceptar casos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se entrega un aviso sin fecha al solicitante: Periodo de certificación Primer mes: Último mes:
Firma y fecha del funcionario que certifica:	