



## Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP) Formulario de Solicitud

W-1704S  
(Rev. 4/16)

Uso de personal solamente

Application date \_\_\_\_\_

End date \_\_\_\_\_

**Por favor llene una solicitud por separado para cada persona que esté solicitando.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de calle: \_\_\_\_\_ N° Apto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N° teléfono principal: \_\_\_\_\_ Otro N° de teléfono: \_\_\_\_\_

N° total de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ N° de personas mayores de 60 años en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Otra persona va a recoger sus alimentos de CSFP?     Sí (llenar "Formulario de Suplente")     No  
Por favor indique su raza y origen étnico para propósitos de recopilación de datos. La provisión de esta información opcional no afectará su elegibilidad.

Origen étnico

- Hispano(a) o latino(a)
- No hispano(a) o latino(a)

Raza (puede marcar más de uno)

- Indígena americana o de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Indígena de Hawai
- Blanca

**Por favor conteste las siguientes preguntas:**

	SÍ	NO
(1) ¿Actualmente estás recibiendo alimentos a través de CSFP?		
(2) ¿Has recibido alimentos a través de CSFP en el pasado?		
(3) ¿Es el ingreso bruto de su hogar menos de la cantidad indicada abajo?		
(4) ¿Cuánto es el ingreso bruto mensual de su hogar? \$		

**\*Copias de prueba de ingreso tienen que adjuntarse.** Unos ejemplos son: una carta de concesión de seguro social, talonarios de cheque de pago, registros de negocio.

<b>Ingreso Bruto para Todos los Miembros de la Unidad Familiar</b> 130% de los Lineamientos Federales de Pobreza		
Tamaño de Unidad Familiar	Ingreso Mensual	Ingreso Anual
1	\$1,287	\$15,444
2	\$1,736	\$20,826
3	\$2,184	\$26,208
4	\$2,633	\$31,590
5	\$3,081	\$36,972
6	\$3,530	\$42,354

## Derechos y Responsabilidades de Solicitante

### Y me comprometo a:

- Proporcionar prueba de mi ingreso, dirección e identificación.
- Dar información correcta sobre mi hogar e ingresos actuales.
- Informar a mi agencia local si hay cambio de mi dirección, ingreso o la composición de mi hogar dentro de 10 días de estar consciente del cambio

### Yo comprendo que:

- La Agencia local de CSFP hará referidos a programas de nutrición, salud o asistencia según sea aprobado.
- La Agencia local de CSFP hará disponible educación de nutrición para todos los participantes del programa.
- Se me dará de baja del programa si yo participo en otro programa de CSFP. El uso o recibo indebido de beneficios de CSFP como resultado de doble participación u otras violaciones del programa conducirá a un reclamo contra usted para recuperar el valor de los beneficios, y podría resultar en descalificación del CSFP.
- Si yo no recojo los alimentos 2 meses seguidos, y no me comunico con la agencia local para informarles, podré ser eliminado(a) del programa.
- Puedo ser descalificado si vendo alimentos CSFP o cambio alimentos CSFP para artículos no alimentarios
- Se podría descalificarme si yo intencionalmente hago declaraciones falsas o engañosas, ya sea oralmente o por escrito.
- Se podría descalificarme si yo intencionalmente oculto información relacionada con la elegibilidad para CSFP.
- Se podría descalificarme si yo físicamente abuso, o amenazo con abusar físicamente, a personal del programa.
- Tengo el derecho de apelar por medio del proceso de audiencia justa, cualquier decisión tomada por la agencia local de CSFP respecto a una denegación, descalificación o eliminación del programa. Se debe enviar por correo o faxear una solicitud de audiencia al:

Department of Social Services  
Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings  
55 Farmington Ave  
Hartford, CT 06105

El número de fax es (860) 424-5729. Las solicitudes de audiencia tienen que hacerse por escrito dentro de 60 días de la fecha de la carta de denegación, descalificación o terminación.

- Se está llenando esta solicitud en conexión con el recibo de asistencia Federal. Oficiales del programa podrán verificar la información en este formulario. Yo estoy consciente de que una falsedad deliberada podría someterme a la interposición de acción judicial bajo las aplicables leyes Estatales y Federales. Yo estoy consciente además de que yo no puedo recibir beneficios de CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, yo estoy consciente de que la información proporcionada podrá ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir una doble participación. Yo he sido informado(a) de mis Derechos y Obligaciones para el programa. Yo certifico que la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.

Yo autorizo la divulgación de información proporcionada en esta solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para uso en la determinación de mi elegibilidad para participación en otros programas de asistencia pública y para propósitos de extensión de programa. Por favor indique su decisión marcando una de las casillas:  Sí  No

Al leer, firmar y fechar este formulario, yo reconozco que se me ha informado sobre mis derechos y obligaciones bajo el programa. Doy fe de que la información proporcionada es correcta y completa. Yo comprendo que tengo que informar a la agencia local de CSFP respecto a todo cambio de ingreso, dirección o composición del hogar dentro de 10 días.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Declaración de No-Discriminación:

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). 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.

**USO DEL PERSONAL SOLAMENTE**

APPROVED \_\_\_\_\_ END DATE OF CERT. PERIOD \_\_\_\_\_

DATE PUT ON WAIT LIST \_\_\_\_\_ DENIED \_\_\_\_\_

LETTER OF FAIR HEARING GIVEN \_\_\_\_\_

PRINTED STAFF NAME \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

COMMENTS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP) Formulario de Recertificación (vence cada 6 meses)

W-1708S  
(Rev 4/16)

Uso de personal  
solamente

Renewal date \_\_\_\_\_

End date \_\_\_\_\_

Por favor llene un formulario de recertificación para cada persona inscrita en el programa. Los formularios de recertificación tiene que recibirse antes del último día del periodo de certificación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de calle: \_\_\_\_\_ N° Apto: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_

No. teléfono principal: \_\_\_\_\_ Otro N° de teléfono: \_\_\_\_\_

Número total de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual del hogar: \_\_\_\_\_

Firma de Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Actualización de Suplente

Si no hay cambio, entonces no hay necesidad de llenar esta sección. Si necesita cambiar su suplente (la persona que recoge la comida para usted) entonces hay que llenar la información abajo. El suplente tendrá que presentar identificación apropiada al momento de recoger la comida.

Individuo u organización: \_\_\_\_\_

Si es una organización, persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no se entrega personalmente, por favor  
envíe este formulario por correo al: \_\_\_\_\_

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), 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.



## PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE PRODUCTOS BÁSICOS FORMULARIO DE SUSTITUTO

W-1707S  
(Rev. 4/16)

Nombre de participante de CFSP: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Yo doy permiso a la persona/organización indicada abajo para que recoja mis alimentos. Yo comprendo que al dar permiso a la persona/organización indicada abajo, yo acepto toda responsabilidad por sus acciones. Yo certifico que esta persona tiene por lo menos 18 años de edad. Esta autorización entra en vigor al recibirla la agencia local del CSFP. Yo notificaré a la agencia local del CSFP de inmediato si deseo cambiar mi sustituto.

Persona/organización suplente: \_\_\_\_\_

Si es una organización, nombre de persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono para contactar al suplente: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica del suplente: \_\_\_\_\_

Yo comprendo que cualquier cambio de esta designación tendrá que ser por escrito. Comprendo además que es mi responsabilidad notificar a la persona designada sobre las fechas y horas de la distribución. Si el CSFP no se recoge por dos meses consecutivos, comprendo que se me dará de baja del programa. Hay que presentar prueba de identificación al recoger los productos.

Firma de participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de personal de CSFP: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

***Una copia de este formulario tiene que archivar en el expediente de cada participante.***

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), 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.



## Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP) Notificación de Elegibilidad

W-1706S  
(Rev. 4/16)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estimado(a) Solicitante:

Su solicitud para participar en el Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP) se ha aprobado, a base de la información de edad e ingresos que usted indicó en el formulario de solicitud. El USDA requiere que los participantes completen una revisión cada seis meses. Su próxima revisión de elegibilidad será el \_\_\_\_\_.

No podremos darle los alimentos sin identificación, así que por favor lleve alguna forma de identificación cada vez que recoja la comida. Si usa un representante, esa persona también tendrá que presentar identificación.

La fecha, hora y lugar de distribución para recoger sus alimentos se indican abajo. Por favor tenga en cuenta que este no es un programa de servicio por orden de llegada. Habrá una caja de alimentos reservada para usted en el sitio indicado abajo. Por favor llame al número abajo si no puede acudir a su recogida programada.

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

N° de teléfono: \_\_\_\_\_

Desafortunadamente no hay plazas de CSFP disponibles en este momento. Se pondrá su nombre en una lista de espera. Se notificará a las personas en la lista de espera al abrirse un vacante.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), 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.



W-1709S  
(Rev 4/16)

## Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP) Notificación de Denegación o Terminación

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de envío de notificación: \_\_\_\_\_

Se ha determinado que usted no es elegible para recibir o continuar beneficios del Programa Suplementario de Productos Básicos por la(s) siguiente razón(es):

- Usted no es residente de Connecticut.
- El ingreso total de su hogar excede las normas establecidas.
- Usted no cumple con los requisitos de edad. Para recibir beneficios del programa, tiene que tener 60 o más años de edad.
- Usted no ha recogido productos por dos meses consecutivos.
- Usted se retiró del programa voluntariamente.
- No ha llenado su formulario de recertificación. Hay que completar la recertificación cada seis meses.
- Otro: \_\_\_\_\_

Si cree que ha recibido esta notificación por error, por favor contacte a la agencia de CSFP indicada abajo.

Agencia CSFP: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a una audiencia justa sobre esta decisión. Puede solicitar una audiencia justa al llenar el formulario de solicitud de audiencia adjunto, enviando esta notificación de denegación y la solicitud de audiencia por correo o fax al:

Department of Social Services  
Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings  
55 Farmington Ave  
Hartford, CT 06105  
Fax Number: (860) 424-5729

Hay que solicitar una audiencia justa dentro de 60 días de la fecha del envío de esta notificación.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) 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.



## Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP) Formulario de Solicitud de Audiencia

W-1710S  
(Rev 4/16)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor use este formulario solamente si desea una audiencia. Recuerde, **antes de pedir una audiencia y en cualquier momento después de ello, puede llamar a la agencia de CSFP local para ayuda en la resolución del problema.**

No estoy de acuerdo con la decisión tomada en mi caso. Estoy pidiendo una audiencia porque:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Por favor use el dorso de este formulario si necesita más espacio para escribir.)*

Mi número de teléfono con el código de área es: \_\_\_\_\_

Por favor marque uno:

- Bajo algunos programas, los beneficios pueden continuar mientras esté pendiente la decisión. Si es posible, yo deseo que mis beneficios continúen hasta la decisión de la audiencia. Yo comprendo que si la decisión no resulta a mi favor, yo podría tener que reembolsar los beneficios.
- Yo no deseo que mis beneficios continúen mientras el Oficial de Audiencias esté decidiendo.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Envíe esta solicitud completada por correo o fax al:

Department of Social Services  
Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings  
55 Farmington Avenue  
Hartford, CT 06105  
Número de fax: (860) 424-5729

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), 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.