



Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores de Georgia



División de Servicios
Infantiles y para la Familia

Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llámenos al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los de intérpretes, son gratuitos. Si es sordo, tiene problemas de audición, sordociego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que aparece arriba marcando 711 (servicio de retransmisión de Georgia).

Esta solicitud se utiliza para personas que solicitan el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés), anteriormente conocido como el Programa de Cupones para Alimentos. El programa SNAP para personas mayores de Georgia es un proyecto de solicitud simplificada para personas mayores con el fin de facilitar que las personas mayores reciban los beneficios de SNAP. Puede presentar esta solicitud de beneficios únicamente con su nombre, dirección y firma. Sin embargo, puede ayudarnos a procesar su solicitud más rápidamente si completa todo el formulario. Si usted o la persona para quien está solicitando es elegible para recibir beneficios, los beneficios de SNAP se proporcionarán a partir de la fecha en que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma.

Para ser elegible para los beneficios de SNAP para personas mayores, todos los miembros de la unidad familiar deben cumplir con los siguientes requisitos:

- tener 60 años de edad o más;
- comprar y preparar sus comidas juntos;
- no recibir ingresos de trabajo; Y
- recibir ingresos fijos como Administración del Seguro Social (SSA, en inglés), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés), jubilación federal o estatal, jubilación ferroviaria, Asuntos de Veteranos e ingresos por discapacidad.

Puede presentar esta solicitud completando su nombre y dirección y firmando este formulario. Si vive en una institución y solicita el SNAP y SSI al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud es la fecha en que le dan de alta de la institución.

Cuéntenos quién es y dónde vive. Debemos poder comunicarnos con usted por teléfono.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección de la calle donde vive			Apartamento
Ciudad	Estado		Código postal
¿Se encuentra sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección postal (si es diferente)			
Ciudad	Estado		Código postal
Número de teléfono del hogar	Otro número de contacto	Dirección de correo electrónico (opcional)	
¿Cuál es su idioma de preferencia?			
Comunicación electrónica: Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>		Si es necesaria una entrevista, ¿necesitará un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>	
Solo para uso de oficina		Fecha de recepción por parte del condado	

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificación razonable y asistencia para la comunicación (si corresponde):

¿Tiene una discapacidad que requiera una modificación razonable o asistencia para la comunicación?
Sí No (En caso afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que está solicitando):

Intérprete de lenguaje de señas ; Teléfono de texto ; Letra grande ; Comunicación electrónica (correo



Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores de Georgia



División de Servicios Infantiles y para la Familia

electrónico) ____; Braille ____; Retransmisión por video ____; Intérprete de habla con señas ____; Intérprete oral ____; Intérprete táctil ____; Recordatorio telefónico de las fechas límite del programa ____; Firma telefónica (si corresponde) ____; Entrevista personal (visita a domicilio) ____; Otro: _____

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación por única vez ____ o de manera continua ____?

Si es posible, explique brevemente cuándo y durante cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia _____

¿Puedo elegir a alguien para que solicite el SNAP por mí?

Complete esta sección solo si desea que una persona u organización complete su solicitud, complete su entrevista o use su tarjeta de transferencia de beneficios electrónica (EBT, en inglés) para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Marque la casilla junto a SNAP si desea designar a alguien como su representante autorizado. Marque qué funciones desea que tenga la persona u organización.

Tipos de programas de representantes autorizados: SNAP

Deberes del representante autorizado: Firmar la solicitud en nombre del solicitante Completar y enviar el formulario de renovación Recibir copias de avisos y otras comunicaciones Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos

Nombre de la persona 1: _____

Nombre de la organización 1 (si corresponde): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ____ No ____ (opcional) Mensajes de texto: Sí ____ No ____ (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Idioma de preferencia: _____ ¿Se necesita un intérprete? Sí ____ o No ____

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificación razonable y asistencia para la comunicación para representantes autorizados (si corresponde):

¿El representante autorizado tiene una discapacidad que requiera una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí ____ No ____ (En caso afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que está solicitando):

Intérprete de lenguaje de señas ____; Teléfono de texto ____; Letra grande ____; Comunicación electrónica (correo electrónico) ____; Braille ____; Retransmisión por video ____; Intérprete de habla con señas ____; Intérprete oral ____; Intérprete táctil ____; Recordatorio telefónico de las fechas límite del programa ____; Firma telefónica (si corresponde) ____; Entrevista personal (visita a domicilio) ____; Otro: _____

¿El representante autorizado necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación por única vez ____ o de manera continua ____? Si es posible, explique brevemente cuándo y durante cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia _____



Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores de Georgia



División de Servicios Infantiles y para la Familia

¿Califico para recibir los beneficios de SNAP más rápido?

Responda estas preguntas sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para ver si puede recibir los beneficios de SNAP dentro de 7 días.

¿Alguien en su unidad familiar recibió dinero este mes? Sí No en caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Cuándo? _____ ¿Cuánto dinero en efectivo o en el banco tiene usted y todos los miembros de la unidad

familiar? \$ _____ ¿Cuánto pagan usted y todos los miembros de la unidad familiar por el alquiler o la hipoteca y

todos los servicios públicos (electricidad, gas, agua, etc.)? \$ _____

Cuéntenos sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar. Escriba su nombre (o la persona que aparece arriba en la primera línea).

NOMBRE		Relación con usted	Número de Seguro Social (SSN, en inglés)	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Edad	*** Opcional		¿Es ciudadano estadounidense, extranjero calificado o se encuentra en una condición migratoria satisfactoria?
Primero	Inicial del segundo nombre Apellido						Hispano Sí/No	Raza (Ver a continuación)	
		USTED							

***** Advertencia de penalización:** Las personas que solicitan el SNAP deben proporcionar o solicitar un SSN como lo exige la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Verificaremos y utilizaremos su SSN para cotejar datos federales y estatales, incluidos, entre otros, Seguro Social, Asuntos de Veteranos, Departamento de Trabajo de Georgia, descalificaciones del programa y para el cobro de deudas por fraude. También cotejaremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Se utilizarán contactos colaterales para verificar la información cuando se encuentren discrepancias. Si se presentó información sobre la condición de inmigración en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) y requerirá la presentación de cierta información de esta solicitud al USCIS.

***** Opcional:** Recopilamos datos sobre raza, color y origen nacional para asegurarnos de que cumplimos las leyes federales sobre derechos civiles. Al facilitarnos esta información, nos ayudará a administrar nuestros programas de forma no discriminatoria. Su unidad familiar no está obligada a darnos esta información y no afectará a su elegibilidad o nivel de beneficios. **Elija uno o más códigos** de raza: **AL:** Indio americano o nativo de Alaska; **AS:** Asiático; **BL:** Negro o afroamericano; **HP:** Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico; **WH:** Blanco.

Cuéntenos más sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

1) ¿Alguien fue condenado por un delito relacionado con drogas cometido después del 8/22/96? Sí No

En caso afirmativo, nombre de la persona: _____

a) ¿Usted está en cumplimiento con los términos de la libertad vigilada relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave de drogas? Sí No

b) ¿Usted está en cumplimiento con los términos de la libertad condicional relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave de drogas? Sí No

c) ¿Ha completado con éxito todos los términos de libertad vigilada o condicional relacionados con alguna condena relacionada con drogas? Sí No

2) ¿Algún miembro de su unidad familiar está actualmente inhabilitado para el SNAP por fraude? Sí No

En caso afirmativo, nombre de la persona: _____

3) ¿Alguien ha sido condenado por dar información falsa sobre dónde vive y quién es para obtener múltiples beneficios de SNAP en más de un área después del 8/22/96? Sí No



Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores de Georgia



División de Servicios Infantiles y para la Familia

En caso afirmativo, nombre de la persona: _____ cuándo: _____ dónde: _____

4) ¿Alguien está tratando de evitar ser procesado o ir a la cárcel por un delito grave? Sí () No ()

En caso afirmativo, quién: _____

5) ¿Alguien no está cumpliendo las condiciones de la libertad vigilada o libertad condicional? Sí () No ()

En caso afirmativo, quién: _____

6) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar fueron condenados por intercambiar beneficios de SNAP por medicamentos después del 8/22/96? Sí () No ()

7) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar fueron condenados por comprar o vender beneficios de SNAP superiores a \$500 después del 8/22/96? Sí () No ()

8) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar fueron condenados por intercambiar beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos después del 8/22/96? Sí () No ()

9) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar fueron condenados como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual u otro abuso infantil, un delito federal o estatal que implique agresión sexual o un delito según la ley estatal determinado por el fiscal general como sustancialmente similar a dicho delito, después del 2/7/14?

Sí No

En caso afirmativo, complete la sección a continuación:

Quién: _____

Cuándo: _____

a) ¿Usted está en cumplimiento con los términos de la libertad vigilada relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave? Sí No

b) ¿Usted está en cumplimiento con los términos de la libertad condicional relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave? Sí No

c) ¿Completó con éxito **todos los términos de libertad vigilada o libertad condicional** relacionados con alguna condena por delito grave?

Sí No

10) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar recibieron ganancias de lotería o juegos de azar?

Sí () No ()

En caso afirmativo:

Quién: _____

Cuándo: _____

Monto recibido: _____

Cuéntenos sobre los ingresos que recibe su unidad familiar

¿Algún miembro de su unidad familiar recibe dinero del Seguro Social, SSI, Asuntos de Veteranos, jubilación o cualquier otro ingreso? Sí () No () **En caso afirmativo, complete el cuadro a continuación.**

Nombre	Fuente	Monto bruto mensual (antes de impuestos, deducciones y prima de Medicare)

Cuéntenos sobre sus gastos de alojamiento y servicios públicos

	SÍ	NO	En caso afirmativo, indique el monto mensual/anual
¿Su unidad familiar paga hipoteca?			



Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores de Georgia



División de Servicios Infantiles y para la Familia

¿Su unidad familiar paga alquiler?			
¿Su unidad familiar paga impuestos sobre la propiedad de la vivienda?			
¿Su unidad familiar paga seguro de vivienda?			
¿Su unidad familiar paga los costos de calefacción o refrigeración?			
Si su unidad familiar no paga los costos de calefacción o refrigeración, ¿paga otros servicios públicos?			Si es así, enumere los costos de servicios públicos que paga y el monto que paga a continuación.

Cuéntenos sobre sus gastos médicos

¿Su unidad familiar paga gastos médicos por cuenta propia superiores a \$35 por mes? Sí No

¿Usted paga una prima de Medicare? Sí No

En caso afirmativo, complete el cuadro a continuación. Necesitaremos prueba de sus gastos médicos. Es posible que usted sea potencialmente elegible para recibir más beneficios.

Persona que tiene la factura	Tipo de gasto (médico, hospital, recetas, prima de Medicare, transporte)	Monto adeudado

¿Usted o algún miembro de su unidad familiar paga una pensión alimenticia legalmente obligatoria a alguien que vive fuera de su hogar? Sí No En caso afirmativo, ¿quién y cuánto por mes? _____

Para obtener más información sobre los servicios de extensión comunitaria, llame al (877) 423-4746 o visite nuestro sitio web en <http://www.dfcs.georgia.gov>.

ADVERTENCIAS DE PENALIZACIÓN DE SNAP

Podría perder sus beneficios o estar sujeto a un proceso penal por proporcionar deliberadamente información falsa.

- No dé información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su unidad familiar no debería recibir.
- No utilice tarjetas de SNAP o EBT que no sean suyas y no permita que otra persona utilice la suya.
- No utilice los beneficios de SNAP para comprar artículos no alimenticios, como alcohol o cigarrillos, ni para pagar con tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda tarjetas de SNAP o EBT por artículos ilegales como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier miembro de una unidad familiar que infrinja alguna de las normas del programa SNAP a propósito puede ser excluido del programa SNAP de un año a permanentemente, multado con hasta \$250.000, encarcelado hasta 20 años o ambas cosas. También puede estar sujeto a un procesamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. También se le puede prohibir recibir beneficios de SNAP durante 18 meses más si así lo ordena un tribunal.

Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja intencionadamente las normas no podrá obtener



Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores de Georgia



División de Servicios Infantiles y para la Familia

beneficios de SNAP durante un año por la primera infracción, dos años por la segunda y de forma permanente por la tercera.

Si un tribunal de justicia lo declara a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de utilizar o recibir beneficios del programa SNAP en una transacción que implique la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro de la unidad familiar no tendrán elegibilidad para recibir beneficios durante dos años por la primera infracción, y permanentemente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia lo declara a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, usted o ese miembro de su unidad familiar quedará inhabilitado permanentemente para participar en el programa SNAP al cometer esta infracción por primera vez.

Si un tribunal de justicia lo declara a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de haber traficado con beneficios por un monto total de \$500 o más, usted o ese miembro de la unidad familiar quedará inhabilitado permanentemente para participar en el programa SNAP al cometer esta infracción por primera vez.

Si se descubre que usted o algún miembro de su unidad familiar ha dado una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad (quiénes son) o lugar de residencia (dónde viven) para recibir múltiples beneficios de SNAP, usted o ese miembro de la unidad familiar no podrán participar en el programa SNAP durante un período de 10 años.

Solo los ciudadanos estadounidenses y los extranjeros calificados son elegibles para los beneficios de SNAP. Cualquier persona que no sea ciudadana o extranjera no calificada puede quedar fuera de su solicitud de asistencia. Estas personas no serán informadas a la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas. A los no ciudadanos incluidos en su solicitud se les determinará la elegibilidad según las normas de SNAP. Los ingresos y recursos de todas las personas de su unidad familiar se tendrán en cuenta para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Declaro bajo pena de perjurio, a mi leal saber y entender, que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que la DFCS del Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés) y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. La información se puede obtener de empleadores pasados o actuales. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información salarial y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa SNAP/Medicaid o TANF. También informaré si alguien en mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar por un monto bruto de \$4,500 o más (antes de retener impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias a más tardar 10 días después del final del mes en el que mi unidad familiar reciba las ganancias. Entiendo que, si alguna información es incorrecta, mis beneficios podrían reducirse o denegarse y puedo estar sujeto a un proceso penal o ser descalificado de los programas de la DFCS del DHS por proporcionar deliberadamente información incorrecta. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que, si no informo a la DFCS del DHS sobre algunos de mis gastos durante mi proceso de solicitud o renovación o informe periódico y/o no los verifico, la DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de SNAP.

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia (DHS) recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante la solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS y según lo permita o requiera la ley o regulaciones.

_____	_____	_____
Firma del solicitante	Fecha	Firma del testigo si firma con marca
_____	_____	_____
Firma del representante autorizado	Fecha	Firma del testigo si firma con marca



Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores de Georgia



División de Servicios Infantiles y para la Familia

INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE VOTANTES

Si no está registrado para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy?

_____ Sí

_____ No

_____ No quiero responder la pregunta sobre el registro de votantes

Solicitar registrarse para votar o negarse a hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o al solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el secretario de estado en:

2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando al 404-656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Se incluye una copia de la solicitud de registro de votante de Georgia con las solicitudes, renovaciones y formularios de cambio de dirección de la DFCS. También puede solicitar una solicitud de registro de votante a su asistente social. Si completa una solicitud de registro de votante, envíela a la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votante.



Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores de Georgia



División de Servicios Infantiles y para la Familia

(Conserve este documento para su registro)

Aviso de derechos de la ADA/Sección 504

Ayuda para personas con discapacidad

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia (“el Departamento”) está obligado por ley federal* a proporcionar a las personas con discapacidades la igualdad de oportunidades para participar y calificar para los programas, servicios o actividades del Departamento. Esto incluye programas como el SNAP, el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés) y Asistencia Médica.

El Departamento proporciona modificaciones razonables cuando son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar acceso igualitario. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, ofrecemos asistencia para la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas, a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad. Nuestra ayuda es gratuita. El Departamento no está obligado a realizar ninguna modificación que dé lugar a una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad o a cargas financieras y administrativas indebidas.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia para la comunicación

Comuníquese con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia para la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación efectiva, como un intérprete de lenguaje de señas. Puede comunicarse con su asistente social o llamar a la División de Servicios Infantiles y para la Familia (DFCS, en inglés) al (877) 423-4746 para hacer su solicitud. También puede realizar su solicitud utilizando el *Formulario de solicitud de modificación razonable de ADA de la DFCS*, que está disponible en su oficina local de la DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, pero no es necesario utilizar un formulario para realizar una solicitud.

Cómo presentar una queja

Usted tiene derecho a presentar una queja si el Departamento lo discriminó debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar una queja por discriminación si solicitó una modificación razonable o intérprete de lenguaje de señas y se le negó o no se le dio respuesta dentro de un tiempo razonable. Puede presentar una queja oralmente o por escrito comunicándose con su asistente social, su oficina local de la DFCS o el coordinador de derechos civiles y ADA/Sección 504 de la DFCS al 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

Puede pedirle a su asistente social una copia del formulario de queja de derechos civiles de la DFCS. El formulario de queja también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar una queja por discriminación, puede contactar a cualquier miembro del personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición, o que puedan tener discapacidades del habla, pueden llamar al 711 para que un operador lo comunique con nosotros.

También puede presentar una queja por discriminación ante la agencia federal correspondiente. Información de contacto para el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés). El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) se rige conforme a la “Declaración de no discriminación”.

**La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades estén libres de discriminación ilegal.*



Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores de Georgia



División de Servicios
Infantiles y para la Familia

No envíe solicitudes al USDA

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse 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 que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al 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 por:

- (1) correo:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
- (2) fax:
(833)-256-1665, o (202)-690-7442; o
- (2) correo electrónico:
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades

No envíe solicitudes al USDA