



Commodity Supplemental Food Program (CSFP)  
(Programa Suplementario de Productos Básicos)

Recepción de los productos básicos del USDA - Formulario de representación

Este formulario de representación está destinado a los participantes que no pueden buscar un paquete del programa CSFP en su ubicación y horario designados debido a una discapacidad, problema de salud, problema de transporte u horario laboral incompatible. Este formulario debe ser completado por el participante que designa a su representante y firmado por el participante y el representante designado. Envíe el formulario completo al sitio del programa CSFP en el que recibe los servicios. El personal del sitio verificará la información y firmará en nombre de su agencia.

**Participante del programa CSFP:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Motivo de la representación: \_\_\_\_\_

**Representante designado:**

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

Entiendo que cualquier cambio en esta designación debe solicitarse por escrito. También entiendo que es mi responsabilidad notificar al representante designado la fecha y hora de distribución. Entiendo que me pueden retirar del programa si no busco la caja del programa CSFP por dos meses consecutivos. El representante designado debe proporcionar una identificación al buscar los productos en \_\_\_\_\_.

**Firmas:**

\_\_\_\_\_  
Participante del programa CSFP

\_\_\_\_\_  
Representante designado

\_\_\_\_\_  
Verificado por el personal del sitio del programa CSFP (nombre)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la agencia

Este poder es válido durante un máximo de 36 meses:  Durante la duración de la certificación

Otro: Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles, y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o tomar medidas de represalias por haber realizado actividades relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren métodos de comunicación alternativos para recibir la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, grabación, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Por otra parte, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [Formulario de queja por discriminación del programa del USDA](#) (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> o en cualquier oficina del USDA, o proporcione toda la información que se solicita en el formulario en una carta dirigida al USDA. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

Correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington D. C. 20250-9410  
(202) 690-7442

Fax: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.