

**SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN EL  
PROGRAMA DE ALIMENTOS Y PRODUCTOS SUPLEMENTARIOS DE KANSAS  
(CSFP por sus siglas en inglés)**

**YO ACEPTO:**

- ✓ Traer comprobante de ingresos, domicilio, e identificación para cada persona que realiza la solicitud.
- ✓ Proporcionar al personal información correcta acerca de mi grupo familiar actual y de sus ingresos.
- ✓ Permita que el personal sepa si mi dirección, los ingresos o los cambios de la composición de la casa o si planeo mover dentro de 10 días.

**YO ENTIENDO QUE:**

- ✓ El CSFP proporcionará alimentos suplementarios.
- ✓ El CSFP proporcionará derivaciones a programas de nutrición, salud o asistencia según sea apropiado.
- ✓ La agencia local del CSFP proporcionará educación nutricional a todos los participantes del programa.
- ✓ Yo seré eliminado de este programa si participo en otro programa CSFP.
- ✓ Tengo el derecho a apelar mediante un proceso de audiencia justa, cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a la denegación, descalificación o baja del programa.
- ✓ Si yo no paso a retirar los alimentos durante 2 meses seguidos, sin informar al personal, seré retirado del Programa.
- ✓ Yo puedo ser retirado del programa si vendo, comercializo, o regalo alimentos del CSFP.
- ✓ Yo puedo ser retirado del programa si realizo declaraciones falsas o engañosas, en forma oral o por escrito.
- ✓ Yo puedo ser retirado del programa por ocultar intencionalmente información concerniente a la elegibilidad en el CSFP.
- ✓ Yo puedo ser retirado del programa si abuso físicamente o amenazo con abusar físicamente al personal del programa.
- ✓ El uso o recepción inapropiada de beneficios del CSFP como resultado de una participación doble o de otras violaciones al programa pueden resultar en un reclamo en su contra para recuperar el valor de los beneficios, y puede conducir a la descalificación del CSFP.

Este formulario de solicitud está siendo llenado en relación a la recepción de asistencia Federal. Los oficiales del Programa pueden verificar la información en este formulario. Soy también consciente de que cualquier distorsión deliberada puede someterme a una acción judicial bajo las leyes Estatales y Federales aplicables. También estoy consciente de que no puedo recibir beneficio CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. También estoy consciente de que no puedo recibir beneficio de CSFP más de una vez al mes en otro sitio de CSFP.

Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar o prevenir la doble participación. He sido informado acerca de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta según mi leal saber y entender.

Autorizo a que se haga pública la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administren programas de asistencia para que sea utilizada para determinar mi elegibilidad para la participación en otros programas de asistencia pública y para fines de alcance del programa. (Por favor indique su decisión colocando una marca en el casillero apropiado). SI  NO

\_\_\_\_\_  
Firma de Participante, de Padre Adulto, o de Vigilante

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.