



Indiana State Department of Health

RECIBO DEL 2017(FOOD PANTRY) LA DESPENSA
Effective el 01 de abril de 2017

DESPENSA: _____

CONDADO: _____ DIRECCION DESPENSA: _____

AUTORIZACION DECLARACION
FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE (MOLDE DE IMPRENTA)

Cualquier individuo con limitaciones o que su horario de trabajo le impida recoger los alimentos, puede USAR una persona designada, la cual tendra que llenar esta forma.

Nombre: _____ Direccion: _____

Ciudad: _____ CodigoPostal: _____

Personas en el hogar: _____

Razon para mandar otra persona: _____

GRAY AREA OPTIONAL: 0-5 _____ # 6-17 _____ # 18-54 _____ # 55-64 _____ # 65+ _____ # veterano _____

YO CERTIFICO CON MY FIRMA QUE MI INGRESO MAXIMO NO EXCEDE EN NINGUN MOMENTO LA CANTIDAD EN LA LISTA SIGUIENTE.

Table with 6 columns: PERSONAS EN EL HOGAR, ENTRADA MENSUAL, ENTRADA ANUAL, PERSONAS EN EL HOGAR, ENTRADA MENSUAL, ENTRADA ANUAL. Rows 1-4 and a summary row for extra people.

Mis entradas no exceden los limites establecidos Yo usare estos productos solamente para el consumo de nuestro hogar, y en ningun momento culpares a USDA o al estado de Indiana o cualquier otra agencia o persona que distribuyan estos alimentos de responsabilidad que pueda resultar por recibir o usar estos productos

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y politicas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en ingles), 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 comunicacion de la informacion 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 audicion o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmision] al (800) 877-8339. Además, la informacion del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminacion, complete el Formulario de Denuncia de Discriminacion 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, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la informacion 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.

Esta institucion es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Los productos de USDA no se pueden vender cambiar, traficar o usarse para fraude, el abuso del programa (TEFAP), es sujeto a persecucion Federal.

FIRMA: _____

Fecha: _____

VERIFICADO POR: _____