

## SOLICITUD DEL PARTICIPANTE

<b>Información sobre el hogar:</b> A cumplimentar por el solicitante o su representante autorizado					
Nombre del solicitante (apellidos, nombre, inicial del 2.º nombre):		No. de teléfono:		Fecha de solicitud:	
Dirección (incluya el número de apartamento si procede):		Ciudad:	Zip:	Estado: Condado:	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Edad actual:	<b>Ingreso bruto total del hogar</b> (antes de deducciones): \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Sin ingresos			
<b>Directrices de ingresos del CSFP 2025 (150% del índice de pobreza)</b>					
Por la presente certifico que los ingresos de mi hogar son iguales o inferiores a las siguientes directrices. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Tamaño del hogar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Ingresos semanales
1	\$23,475	\$1,957	\$978	\$903	\$452
2	\$31,725	\$2,644	\$1,322	\$1,220	\$611
3	\$39,975	\$3,332	\$1,666	\$1,538	\$769
4	\$48,225	\$4,019	\$2,009	\$1,855	\$928
5	\$56,475	\$4,707	\$2,353	\$2,172	\$1,087
6	\$64,725	\$5,394	\$2,697	\$2,489	\$1,245
7	\$72,975	\$6,082	\$3,041	\$2,807	\$1,404
8	\$81,225	\$6,769	\$3,384	\$3,124	\$1,563
Por cada miembro adicional de la HH, añada:	\$8,250	\$688	\$344	\$317	\$159
<b>Datos étnicos/raciales:</b> Opcional - Los datos no afectarán a la consideración de la solicitud de ayuda. Esta información se solicita únicamente para garantizar el cumplimiento de las leyes federales sobre derechos civiles.					
<b>Categoría étnica</b> (Seleccione una): ¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Categoría racial</b> (Seleccione una o más): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco      Americana				
<b>Información sobre el apoderado:</b> Un apoderado es una persona a la que el solicitante puede autorizar para que recoja los paquetes de alimentos del CSFP en su nombre durante un periodo de tiempo determinado. El apoderado debe tener al menos 18 años y llevar un documento de identidad para recoger el paquete de alimentos del CSFP. Si desea designar a un apoderado, rellene la siguiente información.					
Nombre del apoderado (Debe tener al menos 18 años):		Periodo de tiempo designado para la recogida de alimentos del CSFP (Mes/año):			

### USO OFICIAL (Sólo personal de la Agencia Local)

Criterios de admisibilidad:  Edad  Ingresos  Condado de residencia Se ha confirmado la identificación del solicitante

Fuente(s) de verificación para la identificación,  
Edad y condado de residencia:  Permiso de conducir  Documento de identidad expedido por el Estado  Otro

Nombre del documento (si es otro): \_\_\_\_\_

Nombre impreso del personal de la Agencia Local: \_\_\_\_\_

Firma del personal de la agencia local \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CONTINUAR HACIA ATRÁS**

USO OFICIAL (A cumplimentar únicamente por el funcionario del subreceptor)		
<b>Estado:</b> <input type="checkbox"/> Elegibles (Lista Activa) <input type="checkbox"/> Elegibles (lista de espera)	<b>Método de notificación:</b> <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Carta	<b>Fecha de notificación:</b>
<b>Periodo de certificación inicial:</b> De _____ a _____	<b>Periodo de recertificación:</b> 1. De _____ a _____ 2. De _____ a _____	<b>Fechas de notificación de la recertificación</b> 1. _____ 2. _____
<b>Si procede: Fecha de certificación como activo de la lista de espera:</b>		
<b>Estado:</b> <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Discontinuado <input type="checkbox"/> Inhabilitado <input type="checkbox"/> Terminado	<b>Fecha de la notificación escrita:</b>	
<b>No elegible/Discontinuado/Cancelado-Motivo:</b>		
<b>Nombre del funcionario del subreceptor (en letra de imprenta):</b> _____		<b>Título:</b> _____
<b>Firma del funcionario del subreceptor:</b> _____		<b>Fecha de determinación:</b> _____
<p>"De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.</p> <p>La información sobre el programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.</p> <p>Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe cumplimentar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, que puede obtenerse en línea en: <a href="https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf">https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf</a>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el No. de teléfono del demandante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 cumplimentado o la carta deben enviarse al USDA antes del:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>correo:</b> Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o bien</li> <li>2. <b>fax:</b> (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o bien</li> <li>3. <b>Email:</b> <a href="mailto:program.intake@usda.gov">program.intake@usda.gov</a>"</li> </ol> <p>Esta institución ofrece igualdad de oportunidades</p> <p><b>Certificación:</b> Esta solicitud se cumple en relación con la recepción de ayuda federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información de este formulario. Soy consciente de que la tergiversación deliberada puede someterme a enjuiciamiento en virtud de las leyes estatales y federales aplicables. También soy consciente de que no puedo recibir beneficios de la CSFP en más de un centro de la CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información facilitada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. He sido informado de mis derechos y obligaciones en el marco del programa. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que he facilitado para determinar mi admisibilidad es correcta.</p> <p>Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para que la utilicen a fin de determinar si cumple los requisitos para participar en otros programas de asistencia pública y con fines de divulgación del programa. (Indique su decisión marcando la casilla correspondiente.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO</p>		
<b>Firma del solicitante/representante autorizado (marque con un círculo):</b> _____		<b>Fecha:</b> _____

**INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD: Rellene la solicitud únicamente con tinta negra o azul.**

**A cumplimentar por el solicitante o su representante autorizado**

Nombre del solicitante	Apellido, el nombre y la inicial del 2. <sup>o</sup> nombre del solicitante.
No. de teléfono:	Código de área y el no. de teléfono del solicitante.
Fecha de solicitud:	Fecha de la solicitud.
Dirección	Dirección postal del solicitante y, si procede, el No. de apartamento.
Ciudad	Ciudad de residencia del solicitante.
Código postal	Código postal del solicitante.
Condado	Condado de residencia del solicitante.
Fecha de nacimiento	Mes, día y año de nacimiento del solicitante.
Edad actual	Edad del solicitante.
Ingreso bruto total del hogar	Ingresos brutos totales de la unidad familiar (antes de deducciones) y marque la casilla correspondiente a
y con qué frecuencia se recibe	la frecuencia con la que se reciben los ingresos (semanal, mensual, etc.). Si ningún miembro de la unidad familiar percibe ingresos, marque la casilla Sin ingresos.
Tamaño del hogar	Número total de miembros de la unidad familiar, incluido el solicitante.
Certificación de ingresos	Marque Sí o No para certificar que los ingresos de la unidad familiar están dentro de los límites permitidos.
Datos étnicos y raciales	Esta pregunta es facultativa para el solicitante. Seleccione una etnia y, a continuación, una o varias categorías de raza.
Representante	Rellenar sólo si se autoriza a una persona a obtener los kits de alimentos del CSFP en nombre del solicitante. Indique el nombre del apoderado y el periodo de tiempo en el que el solicitante lo designa como tal.
Declaración de certificación	Lea la declaración de certificación y marque Sí o No.
Firma del solicitante	La persona para la que se solicitan los beneficios del CSFP debe firmar la solicitud. Si la solicitud la presenta un representante autorizado, éste podrá firmar en nombre del solicitante.
Representante autorizado	
Firma Fecha	Fecha de firma de la solicitud.

**Uso oficial - A cumplimentar únicamente por el personal de la agencia local**

Criterios de admisibilidad	Una vez verificados/confirmados los criterios de admisibilidad y la identificación del solicitante,
Identificación del solicitante	marque todas las casillas aplicables. Si alguna casilla no puede marcarse como aplicable, el solicitante no podrá participar.
Fuente(s) de verificación	Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a la(s) fuente(s) de verificación utilizada(s) para comprobar/confirmar la identificación, edad y condado de residencia del solicitante (es decir, permiso de conducir, documento de identidad expedido por el Estado, etc.). Si ha marcado la casilla Otros, indique el nombre del documento (por ejemplo, pasaporte, certificado de nacimiento, tarjeta de Medicare, etc.). La tarjeta de la Seguridad Social no es una fuente aceptable de verificación.
Personal de la Agencia Local Nombre en letra de molde	Escriba con letra de molde el nombre del personal designado de la Agencia Local que verifica la información de la solicitud.
Firma/fecha del personal de la agencia local	Consignar la firma del personal designado de la Agencia Local y la fecha de recepción o toma de posesión de la solicitud.

**Uso oficial - A cumplimentar únicamente por el funcionario del subreceptor**

Estado - Elegible Activo, Lista de espera	Marque la casilla correspondiente.
Método de notificación/Fecha	Marque la casilla correspondiente e indique la fecha de notificación.
Período inicial de certificación	Indique la fecha del periodo de certificación original.
Período/fecha de recertificación	Si procede, indique el periodo de recertificación y la fecha en que se notificó al solicitante su recertificación.
Fecha de certificación como activo de la lista de espera	Si procede, indique la fecha en la que se certificó que el participante estaba activo en la lista de espera.
Estatus- Ineligible/Discontinuado	Marque la casilla correspondiente e indique la fecha en que se le envió la notificación por escrito.
Inhabilitado, dado de baja - Motivo/Fecha	Nombre y cargo en letra imprenta del funcionario del subreceptor.
Nombre impreso/título del funcionario del subreceptor	
Firma/fecha del funcionario del subreceptor	El funcionario del Subreceptor que determine la elegibilidad/inellegibilidad debe firmar y proporcionar la fecha en que se determinó la elegibilidad/inellegibilidad.

## **COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM PROXY FORM**

Revised 05/23

County: \_\_\_\_\_

Agency Name: \_\_\_\_\_

<b>CSFP Participant Information (Please Print Clearly)</b>	
Name:	Date:
I give permission for _____ (name of proxy) to pick up my CSFP kit for the specified time indicated* _____ (month/year)	
*can be one month only <b>or</b> entire 12-month certification period – please specify which.	
<p><b>The person you designate as your proxy must bring proof of his/her identification and this completed form to pick up and sign for your CSFP kit. You are responsible for informing your proxy of food distribution schedules.</b></p>	
I certify that this person (my proxy) is at least 18 years of age.  <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> <hr style="width: 30%; margin-left: 50%;"/>	
Signature of CSFP Participant	Date

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

- 1. mail:**

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; or
  - 2. fax:**

(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
  - 3. email:**

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)"

This institution is an equal opportunity provider.



Food and  
Nutrition  
Service

1320  
Braddock  
Place  
Alexandria  
VA 22314

**DATE:** February 6, 2024

**SUBJECT:** Commodity Supplemental Food Program (CSFP): Income Guidelines for 2024

**TO:** Regional Directors  
Supplemental Nutrition Programs  
MARO, MPRO, MWRO,  
NERO, SERO, SWRO, and WRO

State Directors  
CSFP State Agencies and Indian Tribal Organizations (ITOs)

This memorandum transmits the 2024 Income Guidelines (IGs) for State agencies and ITOs in determining the eligibility of individuals applying to participate in CSFP. These guidelines should be used in conjunction with CSFP regulations, at 7 CFR Part 247, which establish household income limits.

Per 7 CFR Part 247.9(b), to be eligible for the program, individuals must be 60 years of age or older and must have household income at or below 130 percent of the Federal Poverty Income Guidelines (Poverty Guidelines) published annually by the Department of Health and Human Services (HHS). The 2024 IGs in the attached tables contain the maximum income limits by household size to be used for eligibility determinations in CSFP. To establish annual income limits of 130 percent, the Poverty Guidelines are multiplied by 1.30, and the results are rounded up to the next whole dollar. From these results, weekly and monthly income limits are calculated. The first table contains the income limits for households residing in the 48 contiguous States, the District of Columbia, and Puerto Rico. Separate income limits for Alaska and Hawaii are established and published annually by HHS, which are reflected in the second and third tables.

Pursuant to program regulations, CSFP State agencies and ITOs must implement the 2024 IGs immediately upon receipt of this memorandum. The guidelines remain in effect until notification of the CSFP IGs for 2025.

CSFP regulations at 7 CFR Part 247.9(d)(1) define “income” as gross income before deductions for such items as income taxes, employees’ social security taxes, insurance premiums, and bonds. Income exclusions are listed in Parts 247.9(d)(2) and (d)(3) and via policy memoranda available online at the Food and Nutrition Service’s (FNS) website at <http://www.fns.usda.gov/csfp>. States and ITOs may also authorize local agencies to consider the household’s average income during the previous 12 months and current household income to determine which more accurately reflects the household’s status, in accordance with 7 CFR Part 247.9(d)(4).

State agencies should direct any questions they may have regarding the 2024 IGs to their respective FNS Regional Offices. Regional Offices may contact the Food Distribution Division Policy Branch.

*/Signature on File*

Sara Olson  
Director  
Policy Division  
Supplemental Nutrition and Safety Programs

Attachment

**ATTACHMENT**  
**CSFP INCOME GUIDELINES--2024**

<b>48 CONTIGUOUS STATES AND DISTRICT OF COLUMBIA*</b>					
Household Size	<b>Federal Poverty Guidelines - 100%</b>	<b>Elderly - 130%</b>			
		Annual	Annual	Monthly	
1.....	\$15,060	\$19,578	\$1,632	\$377	
2.....	20,440	26,572	2,215	511	
3.....	25,820	33,566	2,798	646	
4.....	31,200	40,560	3,380	780	
5.....	36,580	47,554	3,963	915	
6.....	41,960	54,548	4,546	1,049	
7.....	47,340	61,542	5,129	1,184	
8.....	52,720	68,536	5,712	1,318	
<b>For each add'l household member, add...</b>	5,380	6,994	583	135	

  

<b>ALASKA</b>					
Household Size	<b>Federal Poverty Guidelines - 100%</b>	<b>Elderly - 130%</b>			
		Annual	Annual	Monthly	
1.....	\$18,810	\$24,453	\$2,038	\$471	
2.....	25,540	33,202	2,767	639	
3.....	32,270	41,951	3,496	807	
4.....	39,000	50,700	4,225	975	
5.....	45,730	59,449	4,955	1,144	
6.....	52,460	68,198	5,684	1,312	
7.....	59,190	76,947	6,413	1,480	
8.....	65,920	85,696	7,142	1,648	
<b>For each add'l household member, add...</b>	6,730	8,749	730	169	

<b>HAWAII</b>				
Household Size	<b>Federal Poverty Guidelines - 100%</b> Annual	<b>Elderly - 130%</b>		
		Annual	Monthly	Weekly
1.....	\$17,310	\$22,503	\$1,876	\$433
2.....	23,500	30,550	2,546	588
3.....	29,690	38,597	3,217	743
4.....	35,880	46,644	3,887	897
5.....	42,070	54,691	4,558	1,052
6.....	48,260	62,738	5,229	1,207
7.....	54,450	70,785	5,899	1,362
8.....	60,640	78,832	6,570	1,516
<b>For each add'l household member, add...</b>	6,190	8,047	671	155

\*CSFP State agencies must implement the adjusted income guidelines for applicants immediately upon receipt.