Texas Department of Agriculture

Commodity Supplemental Food Program

Form H1504
March 2025

Participant Application

Print pages 1 – 2 for **Certification**.

Household Information

Name of applicant/Nombre del solicitante	**Address**/Dirección	**Date**/Fecha
Date of birth/La fecha de nacimiento	**Phone number**/Número de teléfono	**Site name**/Nombre del sitio
Name of proxy/Nombre del proxy	**Phone number**/Número de teléfono	**Dates of proxy**/Fechas de proxy

Federal Assistance Program Participation/Participación en Programas de Asistencia Federal

Do you currently participate in any of the federal assistance programs listed below? **If Yes**, select the applicable program(s) and skip to the Eligibility section. **If No**, complete the Income Information section below./ ¿Participa actualmente en alguno de los programas de asistencia federal que se enumeran a continuación? En caso afirmativo, seleccione los programas correspondientes y pase a la sección Elegibilidad. En caso negativo, complete la sección Información de ingresos a continuación.

___ **SNAP** ___ **Supplemental Security Income/**Seguridad de Ingreso Suplementario **(SSI)**
___ **Low Income Subsidy Program (Medicare Part D Extra Help)/**Ayuda Adicional de Medicare Parte D
___ **Medicare Savings Program/**Programa de Ahorros de Medicare

Income Information

Total gross income (before deductions) of all household members. *SNAP benefits do not count as income.*

Ingreso brutos total (antes de deducciones) de todos los miembros del hogar. *Beneficios de SNAP no cuentan como ingreso.*

$_____ **Weekly**/Semanal $_____ **Monthly**/Mensual $_____ **Yearly**/Anual

_____ **Number of household members**/Número de miembros del hogar

Eligibility

_____ **Eligible/**Eligible Applicant is eligible when they meet income, residency, and age requirements./El solicitante es elegible cuando cumple con los requisitos de ingresos, residencia, y edad.

Dates of certification/Fechas de la certificación: from/de _____ to/a _____

_____ **Eligible and on waitlist**/Eligible y en la lista de espera

_____ **Ineligible**/Inelegible I have been advised in writing that I am ineligible to participate in the CSFP and have the right to a fair hearing. I am ineligible to participate based on the following criteria:/He sido informado por escrito que soy inelegible para participar en el programa de comida suplemental y tengo derecho a una audiencia imparcial. Soy inelegible para participar en base a los siguientes criterios:

_____ **Income**/Los ingresos _____ **Residency**/La residencia _____ **Age**/La edad

Nondiscrimination Statement

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/ad-3027.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.

This institution is an equal opportunity provider.

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, discapacidad, edad, 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. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese 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, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a 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 a 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; or (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Ethnicity and Race

Ethnicity (select one category)/Origen étnico (seleccione una categoría)

Hispanic or Latino/Hispano o Latino _____ **Not Hispanic or Latino**/No hispano o Latino _____

Race (select one or more categories)/Raza (seleccione una o más categorías)

_____**Black or African American**/Negro o afroamericano

_____**Native Hawaiian or Other Pacific Islander**/Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

_____**American Indian or Alaskan Native**/Indio americano o nativo de Alaska

_____**Asian**/asiático

_____**White**/el blanco

Certification Statement

This application is being completed in connection with the receipt of Federal assistance. Program officials may verify information on this form. I am aware that deliberate misrepresentation may subject me to prosecution under applicable State and Federal statutes. I am also aware that I may not receive CSFP benefits at more than one CSFP site at the same time. Furthermore, I am aware that the information provided may be shared with other organizations to detect and prevent dual participation. I have been advised of my rights and obligations under the program. I certify that the information I have provided for my eligibility determination is correct to the best of my knowledge.

I authorize the release of information provided on this application form to other organizations administering assistance programs for use in determining my eligibility for participation in other public assistance programs and for program outreach purposes.
(Please indicate a decision by placing a checkmark in the appropriate box.) Yes ____ No ____

I have received notice of my *Participant Rights and Responsibilities* (Form1516). Yes ____

A *Written Notice of Beneficiary Rights* was made available. Yes ____

Esta solicitud se está llevando a cabo en relación con el recibo de asistencia federal. Oficiales del programa pueden verificar la información en este formulario. Soy consciente de que una tergiversación deliberada puede someterme a un proceso judicial conforme a los estatuos estatales y federales aplicables. También soy consciente que no puedo recibir beneficios de CSFP en más de un sitio de CSFP al mismo tiempo. Además, soy consciente de que la información proporcionada puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir la doble participación. He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el programa. Yo certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Autorizo la divulgación de la información proporcionada en este formulario de solicitud a otras organizaciones que administran programas de asistencia para su uso en la determinación de mi elegibilidad para participar en otros programas de asistencia pública y para fines de divulgación del programa.
(Indique la decisión colocando una marca de verificación en el cuadro apropiado.) Sí ____ No ____

He recibido aviso de mi *Derechos y Responsabilidades del Participante* (Form1516). Sí ____

Se hizo disponible la *Notificación por Escrito de los Derechos del Beneficiario*. Sí ____

Signatures

Applicant or Proxy's Signature/Firma del participante o representante	**CE or Site's Signature**/CE o firma del sitio

Print page 3 only as necessary for **annual validation**.

Participant's Name and Signature/Nombre y firma del participante

Proxy's Name and Signature/Nombre y firma del representante

Eligibility Specialist's Name and Signature/Nombre y firma del especialista de elegibilidad **Date**/Fecha

1. **Has your address changed?**/¿Ha cambiado su dirección? **Yes**/Sí _____ No _____
2. **Do you still want to receive CSFP benefits?**/ ¿Desea continuar recibiendo beneficios de CSFP (alimentos de USDA)? **Yes**/Sí _____ **No** _____
3. [If participant was eligible based on participation in an eligible federal assistance program] **Do you still participate in [insert applicable Program name]?/** ¿Sigues participando en? **/ Yes**/Sí _____ **No** _____
4. [If participant was eligible based on household income] **Has your household income significantly increased over the last year?/** ¿ Han aumentado significativamente los ingresos de su hogar durante el último año? **Yes**/Sí _____ **No** _____ [If Yes, the CE or site must make a reasonable eligibility determination based on previous income information provided and current income eligibility thresholds.]
5. Dates of annual validation / Fechas de validación anual _____ to /a _____

Participant's Name and Signature/Nombre y firma del participante

Proxy's Name and Signature/Nombre y firma del representante

Eligibility Specialist's Name and Signature/Nombre y firma del especialista de elegibilidad **Date**/Fecha

1. Has your address changed?/¿Ha cambiado su dirección? **Yes**/Sí _____ No _____
2. **Do you still want to receive CSFP benefits?**/ ¿Desea continuar recibiendo beneficios de CSFP (alimentos de USDA)? **Yes**/Sí _____ **No** _____
3. [If participant was eligible based on participation in an eligible federal assistance program] **Do you still participate in [insert applicable Program name]?/** ¿Sigues participando en? **Yes**/Sí _____ **No** _____
4. [If participant was eligible based on household income] **Has your household income significantly increased over the last year?/** ¿ Han aumentado significativamente los ingresos de su hogar durante el último año? **Yes**/Sí _____ **No** _____ [If Yes, the CE or site must make a reasonable eligibility determination based on previous income information provided and current income eligibility thresholds.]
5. Dates of annual validation / Fechas de validación anual _____ to /a _____