

## FOODSHARE COMPRAR Y PREPARAR ALIMENTOS POR SEPARADO FOODSHARE BUY AND MAKE FOOD SEPARATELY

**INSTRUCCIONES:** Complete este formulario para decirnos quién vive en su hogar y si compra y prepara alimentos con ellos. Este formulario proporciona información a FoodShare cuando una persona no compra ni prepara alimentos con las demás personas que viven en la misma casa. La información de identificación personal solo se utilizará para la administración directa de FoodShare.

### Como enviar el formulario

Puede enviar su formulario completo de una de las siguientes maneras:

#### Aplicación móvil

Tome una foto de todas las páginas del formulario y envíelas utilizando la aplicación móvil MyACCESS.

#### En línea

Escanee todas las páginas del formulario al sitio web de ACCESS. Puede hacerlo a través de su cuenta ACCESS, en la que puede iniciar sesión en [access.wi.gov](http://access.wi.gov).

**Nota:** Solo puede escanear formularios a ACCESS en ciertos momentos. Si no puede escanear el formulario a ACCESS, envíelo utilizando una de las otras formas.

#### Fax

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
- Si no vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855- 293-1822.

#### Correo

- Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por correo a:

MDPU  
PO Box 05676  
Milwaukee, WI 53205

- Si no vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por correo a:

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547

#### En persona

Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia está en el sitio web del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm)

## SECCIÓN 1 Información sobre la persona que solicitó los beneficios



Nombre – persona que solicitó los beneficios (nombre, apellido, inicial)	Número de caso	
Dirección postal	Fecha de nacimiento	
Ciudad	Estado	Código postal

**SECCIÓN 2** Información sobre el hogar



Proporcione una lista de las personas que viven en su hogar y su relación con usted (por ejemplo, hijo, cónyuge, padre, amigo). ¿**Compra o prepara** alimentos con estas personas? (Seleccione sí o no.)

Nombre	Relación	Sí	No	Nombre	Relación	Sí	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN 3** Declaraciones de entendimiento y firma



Al firmar a continuación, estoy diciendo, bajo pena de perjurio y falso juramento, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera. También estoy diciendo que entiendo que las siguientes personas están incluidas en el mismo hogar de FoodShare, incluso si no compramos ni preparamos alimentos juntos:

- Cónyuge
- Padres biológicos, adoptivos o padrastros y sus hijos menores de 22 años
- Adultos y niños menores de 18 años sobre los cuales tienen control parental



**FIRMA** – Adulto en su hogar

Fecha de la firma

Imprimir nombre y apellido

## Enunciado de No Discriminación de USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), 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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 comunicación de la información 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 audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información 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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.