



LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS PARA USTED Y SU FAMILIA- QUE APLICA HOY! ES MAS FACIL DE LO QUE PIENSA!

CÓMO APLICAR

Para solicitar beneficios de Cupones para Alimentos, favor de llenar la solicitud adjunta y devuélvelo a nosotros. Usted debería enviarlo, por correo o fax o llevar el formulario a la oficina del Departamento de Asistencia Transicional que corresponde a su ciudad o su condado. Si usted no está seguro de donde se localiza la oficina, favor de llamar al 1-800-249-2007 o de visitar nuestros Web site en www.mass.gov/dta.

Tenemos que aceptar su solicitud si tiene su nombre, dirección (si usted tiene una) y firma. Esta información mínima establecerá su fecha de solicitud. Sin embargo, tiene que llenar la parte I y la parte II de la solicitud y tenemos que entrevistarle para determinar su elegibilidad. Si usted es elegible, sus beneficios de cupones de alimentos comenzarán a partir de la fecha en que recibimos su solicitud.

Por favor trate de contestar a todas las preguntas del formulario. Cuanto más información tenemos, tanto más rápidamente adelantará su solicitud. Si no está seguro del significado de una pregunta o cómo contestarla, déjela en blanco y hablaremos de eso durante su entrevista.

Después de recibir su solicitud nos pondremos en contacto con usted para una entrevista y le haremos algunas preguntas más. Esta entrevista tomará lugar en la oficina en donde usted devolvió su solicitud o por teléfono. Si usted necesita intérprete para ayudarle a llenar el formulario o para la entrevista, dejemos saber haremos lo necesario.

Atrás de esta página, mencionamos los documentos que tiene que proveer para su solicitud. Favor de mirar la lista y recolectar las pruebas necesarias.

EL USO DE LOS BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS

Cuando usted consigue los beneficios de cupones de alimentos, recibirá una cuenta, como una cuenta bancaria. Cada mes, sus beneficios de cupones de alimentos serán puestos en su cuenta. Para utilizar sus beneficios de cupones de alimentos, usted conseguirá una tarjeta de acceso (Bay State Access card) que utilizará como un ATM o una tarjeta de crédito. Su intimidad es importante y el uso de la tarjeta (Bay State Access) mantendrá su intimidad. Usted puede utilizar su tarjeta Bay State Access en las tiendas de comida, de conveniencia, en mercados y co-ops. Lo utiliza como si comprase comida con una tarjeta de debito/ATM o de crédito.

PUEDE EMPEZAR A RECIBIR BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS EN UN PLAZO DE SIETE DIAS SI:

- su ingreso y el dinero en el banco vienen siendo menos que los gastos mensuales de su hogar; o
- su ingreso mensual es menos de \$150 y su dinero en el banco es de \$100 o menos ; o
- es un trabajador emigrante y su dinero en el banco es menos de \$100.

Llame nos hoy al 1-800-249-2007 o vaya a la oficina que corresponda a su ciudad o condado.

Si decidimos no aprobar sus beneficios de cupones de alimentos en un plazo de 7 días (servicio apresurado) y no esta de acuerdo, o si es elegible para el servicio apresurado pero no recibe sus beneficios de cupones de alimentos por el séptimo día del calendario después de la fecha que usted aplicó, usted tiene derecho a una conferencia con un supervisor.

Acuerdese---los beneficios de cupones de alimentos pueden ayudar a usted y a su familia a comprar comida que necesita para una buena salud. Usted puede utilizar el dinero que usted hubiera gastado en comida en otras cosas importantes como renta o utilidades. No tome mucho tiempo se lo debe a usted aplique hoy.

Cualquier pregunta, favor de llamar al 1-800-249-2007. Usted puede también conseguir la información sobre beneficios de Cupones de alimentos visitando nuestro sitio www.gettingfoodstamps.org en el Internet.

Para solicitar beneficios de cupones de alimentos, usted necesita demostrar su ingreso, sus gastos y otra información. Necesita solamente probar la información que le corresponda. Por ejemplo, si usted no tiene trabajo, entonces no tiene que preocuparse por ingreso ganado en la lista de abajo.

Documentos que tienen que proporcionar, si le corresponden, recibir beneficios de cupones de alimentos.

1. **Prueba de Identidad:** Licencia de conducir, partida de nacimiento o otra identificación.
2. **Prueba de residencia en Massachusetts:** Hipoteca, impuesto, seguro de casa, recibo de utilidades, recibo de alojamiento o renta. Ciertos hogares pueden no ser capaces de averiguar la residencia de manera razonable.
3. **Ingreso no Ganado:** La copia más reciente del cheque de Seguro Social o la copia de la carta de concesión; prueba de desempleo, remuneración para trabajadores, manutención o pensión alimenticia.
4. **Ingreso Ganado:** Collita de cheque o declaración escrita del patrón que demuestra su ingreso bruto para las últimas cuatro semanas.
5. **Trabajo por cuenta propio:** La declaración de impuestos federal más reciente (horario de Forma C) o las hojas de contabilidad de los últimos tres meses del negocio.
6. **Ingreso de Alojamiento:** Si recibe pago de alguien a quien alquila un cuarto o un apartamento, una copia del contrato o de la declaración de su inquilino que demuestra la cantidad pagada por renta.
7. **Estado de no ciudadano:** Para todos los no- ciudadanos que solicitan los beneficios de cupones de alimentos, la tarjeta de residencia o otros documentos migratorios.
8. **Cuentas Bancarias:** La más reciente comprobante de cuenta de cheque, ahorro, unión de crédito, acciones bonos bienes y raíces, certificado de depósito (CDs) o del IRA y cuentas de Keogh.

Cosas que se le puede proporcionar, si se le aplica, recibir más beneficios de cupones de alimentos. Las reglas de cupones de alimentos le permite deducir ciertos gastos de su ingreso actual. *Si nos entrega pruebas de cualquier de sus gastos de la lista de abajo, puede ser elegible para recibir más beneficios de cupones de alimentos.*

1. **Costos de vivienda:** La cantidad que usted paga se puede demostrar para vivienda con el recibo o el contrato de alquiler. Los dueños de casa lo pueden averiguar a través de su declaración hipotecaria, su impuesto y sus cuentas caseras del seguro.
2. **Utilidades:** Se puede demostrar los gastos de utilidades con las cuentas del aceite, del gas, de electricidad, del teléfono (incluyendo el teléfono portátil), o otros gastos en utilidades tal como evacuación de basura, madera o carbón.
3. **Costos Médicos:** Si usted o cualquier persona en su casa tiene 60 años de edad o más tiene una inhabilidad certificada, la cantidad que paga para co-pagos o los premios de seguro médico, las dentaduras, los gafas, las baterías de audífonos, las prescripciones, los aliviados de dolor recetados por médicos, las drogas compradas sin recetas, y el costo del transporte que paga para conseguir los servicios médicos.
4. **Cuidado de niño o Adultos Dependientes:** La cantidad pagada para los gastos de cuidado de dependientes puede ser demostrada por una declaración escrita, o un cheque cancelado o un giro postal del proveedor de cuidado.
5. **Pagos de manutención de niño:** Si usted paga para manutención para alguien que no vive con usted, enseñe la prueba de obligación legal para hacer el pago y la cantidad pagada.

Después de su entrevista, recibirá una lista de las cosas que tendrá que mostrarnos. Collita de Cheque, **factura de utilidades y otras pruebas no deben tener más que cuatro semanas a contar desde el día en que llenó la solicitud para los beneficios de cupones de alimentos.**



Departamento de Asistencia Transicional
Beneficios de Cupones de Alimentos Aplicación

Source: (please check one)
 CEO Project Bread DMH
 DMR BMC Food Pantry
 MRC Other _____

Parte I

1. Su Información (llene todas las cajas) Si usted no es ciudadano/a y elije no aplicar para los beneficios de cupones de alimentos, usted no tiene que decirnos su número de Seguro Social o su estado migratorio.

Apellido	Nombre	Inicial del 2nd nombre	Numero de Seguro Social
Es este su nombre (escoja uno) <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Nombre de Soltero <input type="checkbox"/> Nombre de casado <input type="checkbox"/> Nombre de Matrimonio Anterior <input type="checkbox"/> Alias		Estado Civil (escoja uno) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
Su origen étnico (cheque uno) esta información se recoge para asegurar que cada uno está tratado de manera propia. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad o la cantidad de su beneficio. <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático/ Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro no Hispano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco no Latino <input type="checkbox"/> Americano de Alaska			Fecha de nacimiento / /
¿Usted tiene una situación especial? (cheque todas las cajas que le convienen) <input type="checkbox"/> Incapacidad física /Mental <input type="checkbox"/> Incapacidad Auditiva <input type="checkbox"/> Incapacidad Visual <input type="checkbox"/> Interprete Requerido <input type="checkbox"/> Lenguaje por señas Requerido <input type="checkbox"/> Otro _____			¿Cuál es su idioma preferido ? ¿Está usted embarazada? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

2. Información sobre su dirección (llene todas las cajas)

Mencion e su dirección actual	Número y Calle	Apt#	Ciudad Estado Código Postal
¿Está usted sin hogar? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Es su dirección actual provisional? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
		Es su dirección actual su dirección del correo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Si es provisional, mencione su dirección permanente.			
Si usted tiene una dirección diferente para el correo, favor de mencionarla.			
Su teléfono (_____) _____ - _____			
La casa donde vive usted es <input type="checkbox"/> Vivienda Privada <input type="checkbox"/> Vivienda de Gobierno <input type="checkbox"/> Vivienda de pension Commercial <input type="checkbox"/> Vivienda Transicional <input type="checkbox"/> Vivienda de asistencia <input type="checkbox"/> Vivienda proporcionada por Empleadores <input type="checkbox"/> Programa de vida de adolescente <input type="checkbox"/> Campamiento para emigrante <input type="checkbox"/> Refugio			

3. Personas que le Ayudan Con su Aplicación

Apellido	Nombre	Inicial 2nd Nombre	Teléfono
Número de la Calle	Ciudad/ Condado	Estado	Código Postal

4. Representante Autorizado

¿Le gustaría permitir que esta persona o otra persona solicite o obtenga los beneficios de cupones de alimentos en su nombre? si no

5. Renuncia a Entrevista en Persona

Si usted no puede asistir a la entrevista en la oficina de DTA, favor de escoger todo lo aplicable.

- Anciano/a incapacitado/a Problema de Transporte Trabaja durante las horas de oficina de DTA
- Cuidado de niño/ Atención para miembro incapacitado de casa Otro _____

Una hora buena para localizarlo por teléfono: Hora: _____

Rodea todo lo aplicable: Lunes Martes Miercoles Jueves Viernes

6. Preguntas Con respecto a su Ciudadanía

A. ¿Usted y todos los miembros de la casa son ciudadanos americanos por nacimiento o por naturalización? si no
Si si , pase a la Pregunta 7. Si No, pase a la Parte B, de abajo.

B. Bajo las regulaciones de TAFDC y de cupones de alimentos en 106 CMR 203.675 y 106 CMR 362.220, un no ciudadano que no es capaz o no quiere proporcionar la información de su estado migratorio y/o el número de su Seguro Social debido a su estado migratorio no tiene que hacerlo. Este no ciudadano será inelegible para el TAFDC y/o los beneficios de cupones de alimentos. Sin embargo, los demás miembros de la casa pueden también solicitar beneficios.

1. Mencione cualquier miembro(s) de casa que elije no solicitar beneficios:

2. Marque aquí si todos los miembros eligen aplicar:

7. Violencia Domestica

¿Es usted o cualquier persona de su casa es víctima de Violencia Doméstica o ha sido victima en el pasado? si no

Firma del Aplicante

____/____/_____
Fecha

Al llenar y firmar la parte I, usted empieza el proceso de solicitud de cupones de alimentos. Para terminar este proceso debe de llenar la parte II de este formulario, debe de tener una entrevista en persona o por teléfono con nosotros y darnos la prueba necesaria para determinar su elegibilidad.

Applicant Name:

Social Security Number:

Parte II

1. Información sobre persona que vive con Usted - Favor de mencionar a todos los que viven con usted sin incluirse. (Si es necesario use otra hoja). Los no ciudadanos que viven con usted que no quieren solicitar para los beneficios de cupones de alimentos no tienen que decirnos su número de Seguro Social o su estado migratorio.

Apellido	Nombre	Inicial de 2 nd nombre	Fecha de Nacimiento	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación contigo
¿Ustedes compran y preparan comida juntos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Esta persona está aplicando para los beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social	
Estado Civil				¿Embarasada? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

Apellido	Nombre	Inicial de 2 nd nombre	Fecha de Nacimiento	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación contigo
¿Ustedes compran y preparan comida juntos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Esta persona está aplicando para los beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social	
Estado Civil				¿Embarasada? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	

Apellido	Nombre	Inicial de 2 nd nombre	Fecha de Nacimiento	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación contigo
¿Ustedes compran y preparan comida juntos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Esta persona está aplicando para los beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social	
Estado Civil				¿Embarasada? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	

2. ¿Hay un menor de 18 años de edad que vive con usted que no es suyo, y que no está bajo su supervisión y control? si no
Si **si**, ¿Quién? _____

3. ¿Tiene alguien que vive con usted un huésped (la persona que paga un cuarto y comida)? si no
Si **si**, ¿quién es el huésped? _____

4. Has recibido **pagos** para niños en adopción que viven con usted? si no
Si **si**, ¿para quién los pagos han sido? _____

5. ¿Usted o cualquier persona que vive con usted es **residente de un estado o de un país** con excepción de Massachusetts o es usted o cualquier persona que vive con usted tiene la intención de mudarse de Massachusetts? si no
Si **si**, quién no es residente o tiene la intención de mudarse? _____

6. ¿Usted o cualquier persona que vive con usted **NO es ciudadano de los ESTADOS UNIDOS**? si no

7. ¿Usted o cualquier persona que vive con usted tiene 18 años de edad o mayor y es ciudadano de los Estados Unidos y reside en Massachusetts desea inscribirse para votar? si no

Si **si**, A quién quiere inscribir? _____

8. ¿Es usted o cualquier persona que vive con usted físicamente o mentalment incapacitado provisional o largo plazo? si no

Si **si**, ¿quién es incapacitada? _____

9. Ingreso

¿Está usted o cualquier persona que vive con usted trabajando o estaba trabajando en los últimos 60 días? si no

Si **si**, llene la sección siguiente. (Ponga la información de trabajo para cualquiera que vive con usted y adjunte otra hoja, si es necesario.)

Apellido, Nombre				Nombre del Empleador, dirección & número de teléfono			
Título de trabajo	Fecha de inicio	Fecha de Terminación	Sueldo por Hora \$	Horas Semanal	Propina Semanal \$	¿Cada Cuando Paga?	Trabajo Permanente <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Si dejó de trabajar, último día de trabajo _____

Aquí la Información de salario:

Fecha De a	Salario Bruto	Horas
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

10. Ingreso no ganado

¿Es usted o cualquier persona que vive con usted elegible para recibir o recibe otro tipo de ingreso tal como remuneración de desempleo, manutención de niño, Seguro Social, SSI, remuneración para trabajadores, beneficios para veteranos o pensiones? si no

Si **si**, Llene la sección siguiente. (adjunte una hoja separada, si necesario.)

Nombre	Tipo de Asistencia	Cantidad	¿Cada cuando recibe?	Fecha Inicial de Ingreso

11. ¿Usted tiene o cualquier persona que vive con usted tiene un orden de la corte u otra obligación legal de pagar manutención del niño a alguien que no vive con usted? si no

¿Cada cuando le paga? Mensual Semanal Cantidad \$ _____

12. ¿Usted tiene o cualquier persona que vive con usted tiene gastos para cuidar a un niño o a un adulto dependiente? si no

¿Cada cuando le paga? Mensual Semanal Cantidad \$ _____

13. ¿Cualquier persona que vive con usted que tiene 60 años o más que es incapacitada tiene seguro de salud? si no

¿Cada cuando le paga? Mensual Semanal Cantidad \$ _____

14. ¿Cualquier persona que vive con usted que tiene 60 años o más o que es incapacitada tiene dinero efectivo para gastos médicos? si no

Si **si**, llene la siguiente sección.

Nombre	Tipo	¿Cada cuando paga?	Cantidad	Fecha de inicio de pago

15. Gastos de Alojamiento

¿Qué tipo de gastos de alojamiento tiene?

Renta/ Hipoteca si no Cantidad Mensual \$ _____

Impuestos de Propiedad si no

Otros si no

16. Gastos de Utilidades

¿Qué tipo de gastos tiene para utilidades?

Costos de calefacción y/o del aire acondicionado si no

Cualquier otro utilidades (sin incluir calefacción y/o aire acondicionado) si no

Solamente un teléfono, incluyendo teléfono celular si no

17. ¿Usted paga por separado la calefacción y/o el aire acondicionado de su renta? si no

18. ¿Usted recibe o usted piensa recibir ayuda para pagar el combustible? si no

19. Preguntas Sobre dinero en el Banco y otros Activos



Si usted es pariente de un/a joven/es menor de 19 años de edad, una mujer embarazada viviendo sola o si cada persona que está solicitando reciben SSI o EAEDC, usted no tiene que contestar a estas preguntas. Si cualquier de esta situación le coresponde, OMITA ESTAS PREGUNTAS. Los demás solicitantes tienen que contestar estas preguntas.

- A. ¿Usted o Cualquiera persona que vive con usted tiene dinero in efectivo o cualquier tipo de cuenta bancaria, capitales, bonos o valores? si no

Si **si**, llene la siguiente sección.

Nombre	Tipo	Nombre de Institución	Número de Cuenta	Cantidad

- B. ¿Usted o cualquier persona que vive con usted tiene seguro de vida, entierro, o pre-pagado funeral? si no

Si **si**, quién tiene seguro de vida, entierro, o pre-pagado funeral ? _____

- C. ¿Usted o cualquier persona que vive con usted tiene edificios, finca, propiedades, espacio de entierro? si no

Si **si**, llene la siguiente sección.

Nombre/Propietario	Tipo/Descripción/Localización	Valor Actual Adecuada	Pago de Hipoteca

- D. ¿Usted o cualquier persona que vive con usted tiene algun pensión o cuenta(s) de retiro(s)? si no

Si **si**, llene la siguiente sección.

Nombre	Tipo	Nombre de Institución	Número de Cuenta	Cantidad

- E. ¿Usted o cualquier persona que vive con usted recibio reembolso de impuesto o un Ingreso de Credito ganado (EIC)? si no

Si **si**, llene la siguiente sección.

Nombre	Tipo de Reembolso		Cantidad
	<input type="checkbox"/> Ingreso de Credit Ganado	<input type="checkbox"/> Ingreso de impuesto Federal	
	<input type="checkbox"/> Ingreso de impuesto Estatal		
	<input type="checkbox"/> Ingreso de Credit Ganado	<input type="checkbox"/> Ingreso de impuesto Federal	
	<input type="checkbox"/> Ingreso de impuesto Estatal		

- F. ¿Usted o cualquier persona que vive con usted vendio, cambio, regalo o transfirio algo de valor en los últimos tres meses? si no

Si **si**, llene la siguiente sección.

Nombre	Tipo	Fecha de Transferencia	Razón	Valor Bruto

Aviso Penal Acerca de Los Cupones De Alimentos(Lealo Bien, Por Favor)

Yo entiendo que si yo o cualquier persona de mi hogar que recibe cupones de alimentos rompe intencionalmente cualquiera de las reglas enumeradas abajo, aquella persona va a ser excluida del Programa de Cupones de Alimentos por **un año** después de la primera violación, por **dos años** después de la segunda violación, y **permanentemente** después de la tercera violación. Puede ser que la persona también tendrá que enfrentar procesamiento criminal bajo las leyes estatales y nacionales que se aplican. Estas reglas son:

- No entregue información falsa ni esconda información para conseguir beneficios de cupones de alimentos.
- No cambie ni venda beneficios de cupones de alimentos.
- No modifique las tarjetas EBT para conseguir beneficios de cupones de alimentos a los cuales no tiene derecho.
- No use los beneficios de cupones de alimentos para comprar productos ilegales, como el alcohol y el tabaco.
- No use los beneficios de cupones de alimentos ni la tarjeta EBT de otra persona, a no ser que usted es representante autorizado.

También yo entiendo las siguientes penas:

- Individuos que cometen una Violación Intencional del Programa (IPV) de un **programa de asistencia en efectivo** que está confirmado en una Audiencia Administrativa de Descalificación(ADH), van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos por el mismo período en que está excluido de asistencia en efectivo.
- Individuos que hacen una declaración o representación fraudulenta acerca de su identidad o lugar de residencia para recibir beneficios múltiples de cupones de alimentos *simultáneamente*, van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos por **diez años**.
- Individuos que cambian (compran o venden) beneficios de cupones de alimentos por una sustancia controlada/drogas ilegales van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos por dos años después de la primera instancia y **permanentemente** después de la segunda instancia.
- Individuos que cambian (compran o venden) beneficios de cupones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos **permanentemente**.
- Individuos que cambian (compran o venden) beneficios de cupones de alimentos con un valor de \$500 o más van a estar excluidos del Programa de Cupones de Alimentos **permanentemente**.
- Individuos que están huyendo para evitar procesamiento, custodia o encarcelación después de la condena por un delito mayor o los que están violando una condición de libertad condicional, son **inelegibles** para participar en el Programa de Cupones de Alimentos.
- Individuos que no cumplen los Requisitos de Trabajo del Programa de Cupones de Alimentos sin buena razón, van a estar descalificados del Programa del Cupones de Alimentos por un período de **tres meses** después de la primera instancia, **seis meses** en la segunda instancia, y **doce meses** en la tercera instancia. Si el individuo que se ha determinado que no ha cumplido por tercera vez es la cabeza de la casa que recibe cupones de alimentos, *todos los miembros* de la casa van a estar inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de seis meses.

El Derecho A Un Interprete

Yo entiendo que tengo el derecho a un interprete provisto por DTA si ni yo ningún miembro adulto de mi casa que recibe cupones de alimentos puede hablar o entender inglés. Yo entiendo también puedo conseguir a un interprete por cualquier DTA audiencia o traiga uno mi propio. Si necesito un interprete por una audiencia, debo llamar la División de Audiencias por lo menos una semana antes de la fecha de su audiencia.

Falta de Discriminación Declaración

Conforme a la ley federal y el Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y las normas del Departamento de la Salud y de los Servicios Humanos (HHS), la discriminación a base de raza, de color, de origen nacional, de sexo, de edad, o de inhabilidad es prohibida. Bajo el Acta de Estampilla para Alimentos (Food Stamp Act) y las normas del USDA, también es prohibida la discriminación a base de religión o de creencias políticas. Para presentar una queja sobre discriminación, entre en contacto con el USDA o HHS. Escriba el USDA, el Director, la Oficina de los Derechos Civiles, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Escriba HHS, el Director, la Oficina de los Derechos Civiles, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) or (202) 619-3257 (TDD). El USDA y HHS son proveedores y patrones de igual oportunidad.