

APLIKASYON PATISIPAN

Enfòmasyon sou Kay la: Aplikan an oswa reprezantan otorize a dwe ranpli l.					
Non Aplikan an (Siyati, Non, Inisyal Dezyèm non):		Nimewo Telefòn:		Dat Aplikasyon an:	
Adrès Riral (Mete # Apt si sa aplikab):		Vil:	Zip:	Eta:	Komin:
Date Nesans (Mwa/Jou/Ane):		Laj Aktyèl:		Revni Brit Total nan Kay la (anvan dediksyon yo): \$ _____	
Gwosè Fwaye a (Kantite total manm nan kay la, enkli aplikasyon an): _____		<input type="checkbox"/> Anyèl <input type="checkbox"/> Chak 2 semèn		<input type="checkbox"/> Mansyèl <input type="checkbox"/> De fwa pa Mwa <input type="checkbox"/> Chak semèn <input type="checkbox"/> Pa gen Revni	
Direktiv sou Revni 2024 CSFP yo (130% to povrete)					
Mwen sètifye ke revni kay mwen an egal oswa pi ba pase direktiv sa yo. <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non					
Gwosè Fwaye a	Revni Anyèl	Revni Mansyèl	De Fwa pa Mwa	Chak De Semèn	Revni chak Semèn
1	\$19,578	\$1,632	\$816	\$753	\$377
2	\$26,572	\$2,215	\$1,107	\$1,022	\$511
3	\$33,566	\$2,798	\$1,399	\$1,291	\$646
4	\$40,560	\$3,380	\$1,690	\$1,560	\$780
5	\$47,554	\$3,963	\$1,981	\$1,829	\$915
6	\$54,548	\$4,546	\$2,273	\$2,098	\$1,049
7	\$61,542	\$5,129	\$2,564	\$2,367	\$1,184
8	\$68,536	\$5,712	\$2,856	\$2,636	\$1,318
Pou chak manm HH anplis, ajoute:	\$6,994	\$583	\$291	\$269	\$135
Done Etnik/Rasyal: Opsyonèl- Done yo pa pral afekte konsiderasyon aplikasyon pou asistans. Yo mande enfòmasyon sa yo sèlman pou asire konfòmite ak lwa Dwa Sivil Federal yo.					
Kategori Etnik (Seleksyon youn): Èske ou se Panyòl oswa Latino? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non		Kategori Rasyal (Seleksyon youn oswa plizyè): <input type="checkbox"/> Endyen Ameriken oswa natif natal Alaska <input type="checkbox"/> Natif natal Awayi oswa Lòt Moun nan zile Pasifik la <input type="checkbox"/> Azyatik <input type="checkbox"/> Blan Ameriken <input type="checkbox"/> Nwa			
Enfòmasyon Pwokirasyon: Yon Pwokirè se yon moun aplikan an ka otorize pou l pran pakè manje CSFP yo pou yon peryòd tan espesifik. Pwokirè a dwe gen omwen 18 an epi li dwe pote prèv idantifikasyon li pou pran pake manje CSFP la. Si ou ta renmen deziyen yon pwokirè, tanpri ranpli enfòmasyon ki anba a.					
Non Pwokirè a (Dwe gen omwen 18 an):			Peryòd tan deziyen pou Ranmase Manje CSFP (Mwa/Ane):		

UTILIZE OFISYÈL (Anplwaye Ajans Lokal Sèlman)

Kritè Elijiblite: Laj Revni Komin kotew Rete Idantifikasyon Aplikan an te Konfime

Sous Verifikasyon (yo) pou Idantifikasyon,
Laj ak Komin Rezidans: Lisans Chofè Kat Idantite Leta Lòt _____

Non Dokiman an (si gen lòt): _____

Non Anplwaye Ajans Lokal yo: _____

Siyati Anplwaye Ajans Lokal yo _____ Dat: _____

KONTINYE NAN DO A

UTILIZASYON OFISYÈL (Sou-benefisyè Ofisyèl la sèlman ki dwe ranpli l)		
Estat: <input type="checkbox"/> Elijib (Lis Aktif) <input type="checkbox"/> Elijib (Lis Datant)	Metòd Notifikasyon: <input type="checkbox"/> Vèbal <input type="checkbox"/> Lèt	Dat Notifikasyon an:
Peryòd Sètifikasyon Inisyèl: Soti _____ rive _____	Peryòd Re-Sètifikasyon: 1. Soti _____ rive _____ 2. Soti _____ rive _____	Dat Notifikasyon pou Re-Sètifikasyon 1. _____ 2. _____
Si sa aplikab: Dat Sètifikasyon kòm Aktif nan Lis Datant:		
Estat: <input type="checkbox"/> Inelijib <input type="checkbox"/> Diskontinye <input type="checkbox"/> Diskalifye <input type="checkbox"/> Sispann	Dat Notifikasyon Alekri:	
Pa Elijib/Anile/Diskalifye/Sispann-Pouki Rezon:		
Non Ofisyèl Sou-benefisyè a (Alekri): _____ Tit: _____		
Siyati Ofisyèl Sou-benefisyè a: _____ Dat Detèminasyon an: _____		
<p>“Dapre lwa federal sou dwa sivil yo ak règleman ak politik nan dwa sivil Depatman Agrikilti Etazini (USDA), enstitisyon sa a entèdi pou fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, orijin nasyonal, sèks, andikap., laj, oswa reprezay oswa vanjans pou aktivite dwa sivil ki te fèt anvan.</p> <p>Enfòmasyon sou pwogram yo ka disponib nan lòt lang ki pa Anglè. Moun ki gen andikap ki bezwen lòt mwayen komunikasyon pou jwenn enfòmasyon sou pwogram nan (pa egzanp, Bray, gwo lèt, kasèt odyo, Lang siy Ameriken), ta dwe kontakte ajans leta oswa lokal ki responsab kap administre pwogram nan oswa USDA TARGET Center a nan (202) 720-. 2600 (vwa ak TTY) oswa kontakte USDA atravè Sèvis Relè Federal nan (800) 877-8339.</p> <p>Pou depoze yon plent kont diskriminasyon nan pwogram nan, yon moun kap plenyen dwe ranpli yon Fòm AD-3027, Yo ka jwenn Fòmilè Plent kont Diskriminasyon nan pwogram USDA yo sou Entènèt nan: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, nan nenpòt biwo USDA, lè w rele (866) 632-9992, oswa lè w ekri yon lèt ki adrese USDA. Lèt la dwe genyen non moun ki pote plent lan, adrès, nimewo telefòn, ak yon deskripsyon alekri sou swadizan aksyon diskriminatwa a ak ase detay pou enfòmasyon Asistan Sekretè Dwa Sivil la (ASCR) sou nati ak dat yon swadizan vyolasyon dwa sivil la. Yo dwe soumèt Fòm oswa lèt AD-3027 ki ranpli a bay USDA pa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lapòs: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; oswa 2. faks: (833) 256-1665 oswa (202) 690-7442; oswa 3. imel: program.intake@usda.gov” <p>Enstitisyon sa a se yon founisè opòtinite san patipri</p>		
<p>Sètifikasyon: Aplikasyon sa a ap ranpli an koneksyon avèk resepsyon asistans Federal la. Ofisyèl pwogram yo ka verifye enfòmasyon ki nan fòm sa a. Mwen konnen si mwen fè manti sa kapab lakoz lwa Eta ak Federal ki aplikab yo pouswiv mwen. Mwen konnen tou ke mwen ka pa resevwa avantaj CSFP nan plis pase yon sit CSFP an menm tan. Anplis de sa, mwen konnen ke enfòmasyon yo bay yo ka pataje ak lòt òganizasyon pou detekte ak anpeche patisipasyon doub. Yo te fè m konnen dwa ak obligasyon mwen nan kad pwogram nan. Mwen sètifye ke enfòmasyon mwen te bay pou detèminasyon kalifikasyon mwen an kòrèk dapre sa mwen konnen.</p> <p>Mwen otorize divilgasyon enfòmasyon mwen bay nan fòm aplikasyon sa a bay lòt òganizasyon k ap administre pwogram asistans pou yo itilize pou detèmine kalifikasyon mwen pou patisipasyon nan lòt pwogram asistans piblik yo ak pou rezon sansibilizasyon pwogram yo. (Tanpri endike desizyon an lè w mete yon mak nan kare ki apwopriye a.) <input type="checkbox"/> WI <input type="checkbox"/> NON</p>		

Siyati Aplikasyon/Reprezantan Otorize a (Ansèkle Youn):	Dat:
--	-------------

ENSTRIKSYON APLIKASYON AN: Ranpli aplikasyon an ak lank nwa oswa ble sèlman.

Aplikasyon an oswa Reprezantan Otorize a dwe Ranpli

<p>Non Aplikasyon an Nimewo Telefòn Dat Aplikasyon an: Adrès Riral Vil Kòd Postal Komin Dat Nesans Laj Aktyèl Revni Brit Total nan Kay la ak Chak Kilè yo Resevwa l</p> <p>Gwosè Kay la Sètifikasyon Revni Done Etnik ak Rasyal</p> <p>Pwokirasyon</p> <p>Deklarasyon Sètifikasyon Siyati Aplikasyon an/</p> <p>Reprezantan Otorize</p> <p>Dat Siyati</p>	<p>Ekri siyati, prenon ak inisyèl dezyèm prenon aplikasyon an. Ekri kòd regional ak nimewo telefòn aplikasyon an. Ekri dat aplikasyon an. Ekri adrès riral aplikasyon an epi si sa aplikab, nimewo apatman an. Ekri vil rezidans aplikasyon an. Ekri kòd postal aplikasyon an. Ekri konmin rezidans aplikasyon an. Ekri mwa, jou ak ane nesans aplikasyon an. Ekri laj aplikasyon an. Ekri revni total brit kay la (anvan dedikasyon) epi tcheke kay la konbyen fwa yo resevwa revni (sa vle di chak semèn, chak mwa, elatriye). Si pèsonn nan kay la pa resevwa revni, tcheke kare Pa gen revni. Ekri kantite total manm nan kay la, enkli aplikasyon an. Tcheke swa Wi oswa Non pou sètifye revni kay la nan limit direktiv akseptab yo. Kesyon sa a opsyonèl pou aplikasyon an. Tanpri chwazi yon Etnisite, apresya chwazi youn oswa plizyè kategori Ras. Ranpli sèlman si w otorize yon moun pou jwenn twous manje CSFP yo sou non aplikasyon an. Bay non pwokirè an ak peryòd tan aplikasyon an deziyen moun nan kòm yon pwokirè. Li deklarasyon sètifikasyon an epi tcheke swa Wi oswa Non. Moun kap mande benefis CSFP a dwe siyen aplikasyon an.</p> <p>Si se yon reprezantan otorize ki fè aplikasyon an, reprezantan otorize a ka siyen nan non aplikasyon an. Ekri dat aplikasyon an siyen.</p>
--	--

Itilizasyon Ofisyèl - Anplwaye Ajans Lokal Yo Sèlman Ki Pou Ranpli

<p>Kritè Elijiblite / Idantifikasyon Aplikasyon</p> <p>Sous Verifikasyon an(yo)</p> <p>Non Anplwaye Ajans Lokal yo</p> <p>Anplwaye Ajans Lokal Siyati/Dat</p>	<p>Yon fwa ke kritè kalifikasyon aplikasyon an ak idantifikasyon yo te verifye/konfime, tcheke tout kare ki aplikab yo. Si gen nenpòt kare yo pa ka tcheke jan sa aplikab la, aplikasyon an pa kalifye pou patisipe. Tcheke kare ki aplikab yo pou sous verifikasyon yo itilize pou verifye/konfime idantifikasyon aplikasyon an, laj, ak komin rezidans (sètadi, lisans chofè, Kat Idantite Eta a, elatriye). Si yo tcheke Lòt, ekri non dokiman an (sa vle di, paspò, batistè, Kat Medicare, elatriye). Yon kat Sekirite Sosyal se pa yon sous verifikasyon akseptab. Ekri an lèt detache non anplwaye Ajans Lokal ki deziyen an pou verifye enfòmasyon ki sou aplikasyon an. Bay siyati anplwaye Ajans Lokal yo deziyen an ak dat yo resevwa oswa pran aplikasyon an.</p>
--	--

Itilizasyon Ofisyèl – Sou-Benefisyè a Sèlman Ki Pou Ranpli

<p>Estati - Elajib Aktif, Lis Datant Metòd Notifikasyon/Dat Peryòd Sètifikasyon Inisyèl Peryòd/Dat Re-Sètifikasyon</p> <p>Dat Sètifye kòm Aktif nan Lis Datant Estati- Inelijib/Anile, Diskalifye, Sispansyon - Rezon/Dat Non/Tit Alekri Ofisyèl Sous-benefisyè a Siyati/Dat Ofisyèl Sou-benefisyè a</p>	<p>Tcheke kare ki aplikab la. Tcheke kare ki aplikab la epi bay dat notifikasyon an. Bay dat peryòd sètifikasyon orijinal la. Si sa aplikab, bay peryòd re-sètifikasyon an ak dat yo te fè aplikasyon an konnen re- sètifikasyon yo. Si sa aplikab, bay dat patisipan an te sètifye kòm Aktif nan Lis Datant la. Tcheke kare ki aplikab la epi bay dat yo te bay notifikasyon alekri a. Ekri an lèt detache Non ak tit Ofisyèl Sous- benefisyè. Ofisyèl Sous- benefisyè ki fè detèminasyon elijiblite/inelijibilite a dwe siyen epi bay dat yo te fè detèminasyon kalifikasyon/inelijibilite a.</p>
---	--

COMMODITY SUPPLEMENTAL FOOD PROGRAM PROXY FORM

Revised 05/23

County: _____

Agency Name: _____

CSFP Participant Information (Please Print Clearly)	
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 or entire 12-month certification period – please specify which.	
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.	
I certify that this person (my proxy) is at least 18 years of age. _____	
Signature of CSFP Participant _____	Date _____

A copy of this form must be placed in each participant's file.

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, audiotope, 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:

- mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
- fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
- email:**
program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.



Food and
Nutrition
Service

DATE: February 6, 2024

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

1320
Braddock
Place
Alexandria
VA 22314

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**

48 CONTIGUOUS STATES AND DISTRICT OF COLUMBIA*				
Household Size	Federal Poverty Guidelines - 100% Annual	Elderly - 130%		
		Annual	Monthly	Weekly
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
For each add'l household member, add...	5,380	6,994	583	135
ALASKA				
Household Size	Federal Poverty Guidelines - 100% Annual	Elderly - 130%		
		Annual	Monthly	Weekly
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
For each add'l household member, add...	6,730	8,749	730	169

HAWAII				
Household Size	Federal Poverty Guidelines - 100% Annual	Elderly - 130%		
		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
For each add'l household member, add...	6,190	8,047	671	155

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