

**Departamento de Salud Pública
de la Ciudad de Filadelfia
7801 Essington Avenue
Filadelfia, PA 19153**

Plan de apoyo “One Philly SNAP”: Solicitud del subsidio

La Ciudad de Filadelfia agradece su colaboración en el éxito del Plan de apoyo “One Philly SNAP”.

Los subsidios del plan “One Philly SNAP” tienen el objetivo de ampliar la distribución de alimentos saludables, culturalmente apropiados, apetecibles y de alta calidad de manera gratuita a los habitantes de Filadelfia que sufren inseguridad alimentaria.

Importe propuesto del subsidio: \$5,000 a \$50,000, con sujeción a la disponibilidad de fondos y la aprobación de la Ciudad de Filadelfia.

Fecha de emisión de la solicitud: 3-NOV-2025

Fecha límite de respuesta: 5-NOV-2025 a las 5 p. m. hora local de Filadelfia Las solicitudes que se presenten después de esta fecha podrán evaluarse a medida que se reciban, dependiendo de la disponibilidad de fondos.

Requisitos: El formulario de solicitud debe completarse en su totalidad y debe presentarse toda la documentación justificativa para ser considerado para este subsidio. Los destinatarios de los subsidios deben cumplir con todas las leyes, reglamentos y directrices de salud pública federales, estatales y locales aplicables.

Los destinatarios de los subsidios deben presentar un informe semanal al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Filadelfia (PDPH, por sus siglas en inglés) que incluyan la siguiente información:

1. Número de puntos de distribución de alimentos
2. Número de personas/familias asistidas por ubicación
3. Volumen y categorías de alimentos comprados y distribuidos, por ubicación

El PDPH se reserva el derecho de solicitar/reunir otros datos e información clave de los destinatarios de los subsidios en relación con la ejecución de los mismos. Los fondos deben usarse de forma eficiente para asegurar un despliegue rápido de los recursos a todos los residentes. El PDPH recomienda distribuir los alimentos con la mayor frecuencia posible, preferiblemente semanal o diariamente. La mayor parte, si no la totalidad, de los fondos concedidos deben destinarse a la compra de alimentos para su distribución. Los destinatarios pueden aparecer en la lista del Philadelphia Food and Meal Finder durante el período de vigencia del subsidio.

Información adicional: La recepción de este subsidio no confiere el derecho a distribuir alimentos en ningún lugar en particular; es posible que se requieran autorizaciones adicionales de otros departamentos de la Ciudad (por ejemplo, Propiedad Pública, Parques y Ocio, Oficina de Eventos Especiales) u otras personas.

Presentación de solicitudes: Las solicitudes deben presentarse en línea o por correo electrónico a OnePhillySNAPSupport@phila.gov. Comuníquese con el PDPH para coordinar la entrega de una solicitud física en 7801 Essington Avenue, Filadelfia, PA 19153, si es necesario. Una vez que el PDPH haya recibido su solicitud, recibirá una respuesta en un plazo de tres (3) días.

Para obtener información adicional o asistencia, comuníquese con:

Aurora Trainor
Departamento de Salud Pública de Filadelfia
7801 Essington Avenue, Philadelphia, PA 19153
OnePhillySNAPSupport@phila.gov | (215) 685-9433

Departamento de Salud Pública de Filadelfia
Solicitud de subsidio del Plan de apoyo “One Philly SNAP”

Nombre de la organización (si corresponde):

Número de teléfono: _____

Dirección de la organización: _____

Redes sociales de la organización (si corresponde): _____

¿Permiso para sacar fotografías durante la distribución de alimentos? Sí ☐ No ☐

¿Permiso para hacer publicaciones en el sitio web y las redes sociales de la Ciudad de Filadelfia? Sí ☐ No ☐

Persona de contacto: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Persona de contacto alternativa: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fondos solicitados. Proporcione el importe total solicitado, en dólares. _____

Método de distribución. ¿Cómo sirve los alimentos o comidas que brinda? P. ej.: ¿En un espacio interior/en el exterior? ¿En persona o por entrega? En bolsas previamente empaquetadas de alimentos o una selección de opciones de comidas?

Punto(s) de distribución de alimentos. Proporcione una dirección con intersección de calles, incluyendo el código postal y/o áreas de entrega. Se permite servir los alimentos en un radio de una manzana alrededor de la dirección proporcionada. Comuníquese con el PDPH en OnePhillySNAPSupport@phila.gov si cambia esta ubicación.

Día(s) de la semana y hora en que solicita entregar alimentos: (marque con una tilde todas las opciones que correspondan)

Día (marque con una tilde)	Hora	Día (marque con una tilde)	Hora
Lunes ☐		Viernes ☐	
Martes ☐		Sábado ☐	
Miércoles ☐		Domingo ☐	
Jueves ☐			

¿Con qué frecuencia servirá alimentos? A diario, semanalmente, quincenalmente, mensualmente, otro:

¿A quién le servirá alimentos? Describa cualquier comunidad específica o grupos etarios, y especifique los idiomas que hablan:

¿A cuántas personas sirve alimentos en promedio por distribución? ¿A cuántas personas más le serviría alimentos si recibiera

este subsidio?

¿Qué medidas toma para proporcionar alimentos saludables, apetecibles, culturalmente apropiados y de alta calidad?

Preguntas adicionales (marque con una tilde si la respuesta es SÍ)

¿Planea preparar alimentos para servir? ☐
 ¿Alimentos CALIENTES? ☐
 ¿Alimentos FRÍOS? ☐

¿Dónde preparará los alimentos?

¿Planea entregar abarrotes? ☐

¿Planea entregar frutas o verduras frescas? ☐

¿Ya recibe alimentos del Programa Share Food? ☐

¿Ya recibe alimentos de Philabundance? ☐

Si me otorgan el subsidio del Plan de apoyo “One Philly SNAP”, acepto cumplir con los requisitos del subsidio y los requisitos operativos de seguridad alimentaria, y cooperar plenamente permitiendo las inspecciones de cualquier alimento que mi organización o yo sirvamos. También acepto proporcionar la información necesaria en cualquier investigación sobre enfermedades alimentarias derivadas del servicio público de alimentos en la que yo o mi organización podamos estar involucrados.

Firma de la persona de contacto: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona de contacto: _____ Título: _____