

**División de Servicios Sociales de Carolina del Norte**  
**Solicitud de Servicios de Alimento y Nutrición por desastre**

Período de autorización del desastre  
**Comienzo: 08/27/11 Final: 09/25/11**

**Nro. del caso:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la solicitud:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad, religión, convicciones políticas o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TTY). El USDA brinda igualdad de oportunidades en el empleo y en la prestación de servicios.

**INSTRUCCIONES: Llene esta solicitud honestamente y a su leal saber y entender. Antes de llenar esta solicitud, revise la sección Advertencia de penas de esta solicitud.** Si su grupo familiar sabe pero se niega a propósito a dar la información solicitada, su grupo familiar no tendrá derecho a recibir asistencia de alimento. Todos los solicitantes de beneficios por desastre deben mostrar una identificación. Es posible que tenga que verificar gastos cuestionables. Usted puede autorizar a alguien fuera de su grupo familiar para que solicite ayuda de emergencia y para que obtenga o aproveche su asistencia de alimento. **No escriba en las áreas sombreadas.**

<b>JEFE DE FAMILIA</b>	<b>Identificación verificada / fuente</b>	<b>REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO(S)</b>
<b>DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL DOMICILIO PERMANENTE</b>	<b>Verificada / fuente</b>	<b>DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO TEMPORALES</b>

**PARTE A - SITUACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

**SÍ NO**

1. ¿Está recibiendo beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición?(Estampillas Comidas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, enter: ESTADO: _____ CONDADO: _____		
2. Mientras los efectos del desastre se estén resolviendo ¿va a comprar comida su grupo familiar?		
3. ¿Vivía su grupo familiar en el área de desastre cuando se produjo el desastre? De ser así, responda las siguientes preguntas: <b>Condado de residencia:</b> _____		
• ¿Dañó o destruyó el desastre su casa o la propiedad de su autoempleo?		
• ¿Su hogar tiene una pérdida de alimentos debido a los desastres o alimentos en mal estado debido a un corte de energía de al menos 8 horas?		
• ¿Retrasó, redujo o suspendió el desastre el ingreso de su grupo familiar?		
• ¿Tiene su grupo familiar dinero en efectivo o dinero en cuentas corrientes o de ahorros que no puede retirar porque el banco está cerrado debido al desastre?		
• ¿Tiene su grupo familiar gastos adicionales como resultado del desastre?		

SI USTED ESTÁ TEMPORALMENTE VIVIENDO CON OTRO GRUPO FAMILIAR A CAUSA DEL DESASTRE, NO ENUMERE LOS MIEMBROS DE ESE GRUPO FAMILIAR. Enumere los integrantes de su grupo familiar, incluyéndose a sí mismo, afectados por el desastre y que viven y comen con usted. Dé el número de seguro social (Social Security Number, SSN), si está disponible, la fecha de nacimiento y la fuente y el monto **del sueldo neto** de cada uno de los miembros del grupo familiar. Los tipos de ingresos son, entre otros, sueldos, ingreso por autoempleo, mantenimiento de niños, Ingresos de Seguridad Complementarios (Security Supplementary Income, SSI), beneficios de seguro social, Beneficios del Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits, UIB) ingresos por el programa Work First, etc. Indique cualquier otro ingreso que los miembros de su grupo familiar hayan recibido o esperen recibir mientras funcione el Programa de Asistencia de Alimentos por Desastre.

**PARTE B - MIEMBROS de la familia (Adjuntar hoja separada si es necesario)**

**PARTE C - INGRESOS**

Nombre	Numero del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	RAZA	SEXO	TIPO DE INGRESO/EMPLEADOR	TOTAL DE INGRESO NETO POR EL PERIODO DEL DESASTRE
<b>Ingresos Totales</b>						<b>\$</b>

En la PARTE D, indique todo el efectivo que su grupo familiar podrá obtener durante el desastre. En la PARTE E, indique los gastos causados por el desastre que su grupo familiar pagó o espera pagar durante el desastre. **NO INCLUYA LOS GASTOS YA PAGADOS O QUE SERÁN PAGADOS POR UNA PERSONA FUERA DE SU GRUPO FAMILIAR, TALES COMO EL COSTO CUBIERTO POR EL SEGURO O LOS PROPIETARIOS.**

PARTE D – De recursos de efectivo accesible	MONTO	PARTE F - CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD	
Efectivo en mano		1. Total de ingreso anticipado (C)	\$ _____
Cuentas de cheques (corrientes)		2. Total de recursos de efectivo accesible (D)	+ \$ _____
Cuentas de ahorros		3. Sumar línea 1 y línea 2	= \$ _____
<b>Total de recursos</b>	\$ _____	4. Total de gastos por desastre (E)	- \$ _____
PARTE E - GASTOS	MONTO	5. Total de fondos disponibles (Restar línea 4 a línea 3)	= \$ _____
Comida perdida en el desastre		6. Límite de ingreso bruto máximo (Cantidad de la tabla de desastre)	\$ _____
Cuidado de dependientes debido al desastre		7. ELEGIBLE (línea 5 igual o menor que línea 6)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Gastos funerarios y médicos debidos al desastre		8. NO ELEGIBLE (línea 5 mayor que línea 6)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Costos de mudanza y almacenamiento por el desastre			
Gastos temporales de refugio			
Costo de proteger pertenencias durante el desastre			
Costo de reparar o restituir artículos para la casa o la propiedad de autoempleo			
Otros gastos relacionados con el desastre			
<b>Total de gastos</b>	\$ _____		

#### PARTE G - ADVERTENCIA DE PENAS

Si su grupo familiar recibe Servicios de Alimento y Nutrición (Food and Nutrition Services, FNS), debe seguir las reglas indicadas a continuación. Es posible que seleccionemos a su grupo familiar para hacerle una revisión federal o estatal en algún momento después de que reciba la asistencia de alimentos para asegurarnos de que tenía derecho a la ayuda por desastre.

**NO dé información falsa y NO oculte información para obtener o continuar obteniendo Servicios de Alimento y Nutrición. NO dé ni venda sus beneficios o documentos de autorización a ninguna persona no autorizada.**

**NO altere ningún documento para obtener Servicios de Alimento y Nutrición a los cuales no tenga derecho.**

**NO aproveche los Servicios de Alimento y Nutrición para comprar artículos no autorizados, tales como bebidas alcohólicas o tabaco.**

**NO aproveche para su grupo familiar los Servicios de Alimento y Nutrición o los documentos de autorización de otro grupo familiar.**

#### PARTE H - CERTIFICADO Y FIRMA

Entiendo las preguntas de esta solicitud y las penas por ocultar información o dar información falsa. Mi grupo familiar necesita inmediatamente Servicios de Alimento y Nutrición a causa del desastre. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he dado es correcta y completa a mi leal saber y entender. También autorizó el acceso a la información necesaria para determinar lo correcto de mi certificación. Entiendo que si no estoy de acuerdo con alguna medida que se tome en mi caso, tengo derecho a solicitar una audiencia justa oralmente o por escrito. Mi firma le da al Departamento de Servicios Sociales permiso para verificar la información que he suministrado.

**SOLICITANTE, REPRESENTANTE AUTORIZADO O TESTIGO (si se ha firmado con una X):**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Procesador: \_\_\_\_\_ Mecnógrafo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Período de certificación: \_\_\_\_\_

**Razón de la denegación: (Marque la casilla apropiada)**

- Exceso de ingresos  Pérdida no relacionada con el desastre  Residencia fuera del condado  
 Solicitud abierta por equivocación  Otra: \_\_\_\_\_