

División de Servicios Sociales de Carolina del Norte
Solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria en Caso de Desastre (DSNAP)

Fecha de Solicitud:	Condado	Periodo de Desastre Autorizado: 09/25/2024-10/24/2024
---------------------	---------	---

INSTRUCCIONES: Llene esta solicitud honestamente y a su mejor saber y entender. Antes de llenar esta solicitud, revise la Sección de Advertencia de Penalidades (Parte G) en esta solicitud. Si su grupo familiar sabe pero se niega intencionalmente a dar la información solicitada, su grupo familiar no tendrá derecho a recibir asistencia de alimentos. Todos los solicitantes de beneficios por desastre deben mostrar su identificación. Es posible que deba mostrar prueba que su **Grupo Familiar** vivía en el área del desastre cuando este ocurrió. 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 use su asistencia de alimentos. **No escriba en las áreas sombreadas.**

Jefe de Familia: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	Identification Verified/Source	Representante Autorizado: _____ Teléfono Temporal: _____ Dirección Temporal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
--	-----------------------------------	--

PARTE A - SITUACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR		SI	NO
1. ¿Está recibiendo beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición (Estampillas Comidas)? Si respondió SI, ¿donde?: ESTADO: _____ CONDADO: _____ ¿Perdió su tarjeta EBT en el desastre? _____ SI _____ NO			
2. ¿Vivía su Grupo Familiar en el área del desastre cuando este ocurrió? Si respondió SI, ¿en qué Condado?: _____			
3. Mientras se limpian los efectos del desastre, ¿su grupo familiar comprará comida?			
4. Conteste todo lo siguiente:			
a. ¿El desastre dañó o destruyó su casa o propiedad de negocio?			
b. ¿El desastre retrasó, redujo o detuvo el ingreso de su familia?			
c. ¿Su familia tiene gastos extra por causa del desastre?			
d. ¿Su familia tiene dinero en efectivo o en cuentas bancarias al cual no tiene acceso porque el banco esta cerrado debido al desastre?			
5. ¿Usted o alguna otra persona en su Grupo Familiar es empleado por el Departamento de Servicios Sociales o Humanos y trabaja en la administración del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición en Casos de Desastre? Si respondió SI, ¿Quién?			
6. ¿Usted o alguna persona en su Grupo Familiar es empleado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC y trabaja en la administración del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición en Casos de Desastre? Si respondió SI, ¿Quién?			

PARTE B – MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

Haga una lista de los miembros de su Grupo Familiar, incluyéndose usted mismo, que fueron afectados por el desastre y que vivían y comían con usted antes del desastre. **SI USTED ESTÁ TEMPORALMENTE VIVIENDO CON OTRO GRUPO FAMILIAR A CAUSA DEL DESASTRE, NO ENUMERE LOS MIEMBROS DE ESTE GRUPO FAMILIAR.** Liste los integrantes de su grupo familiar, dé el número de seguro social (Social Security Number, SSN) si está disponible y la fecha de nacimiento. El Numero de Seguro Social no se requiere para calificar para beneficios por desastre.

PARTE C - INGRESO

Liste la fuente y el monto de **ingresos recibido de 09/25/2024-10/24/2024** Los tipos de ingresos son, entre otros, sueldos, ingreso por autoempleo (self-employment), mantenimiento de niños, SSI (Ingresos de Seguridad Social), Beneficios del Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance Benefits, UIB) ingresos por el programa Work First, etc. Liste cualquier otro ingreso que los miembros de su grupo familiar hayan recibido o esperen recibir mientras funcione el Programa de Asistencia de Alimentos en Casos de Desastre.

PARTE B – Miembros de la Familia (Agregue otra hoja si es necesario)					PART C - INGRESOS	
NOMBRE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NACIO (FECHA)	RAZA	SEXO	Tipo de Ingreso/Empleador	Ingreso total que recibirá de 09/25/2024-10/24/2024
Ingreso Total						\$

Liste el dinero en efectivo que su familia obtendrá entre 09/25/2024 -10/24/2024		MONTO
Efectivo a la mano		
Cuentas Bancarias		
Recursos Totales		\$
PARTE E – GASTOS		
Liste los gastos causados por el desastre que su familia tendrá que pagar entre 0x/xx/202x .		
No incluya gastos que alguien fuera de su familia pago o pagará, tal como gastos cubiertos por el seguro o por los arrendatarios		
		MONTO
Costo para proteger la propiedad durante el desastre		
Costo para reparar o reemplazar artículos de la casa o propiedad de auto-empleo (self-employment)		
Costo de cuidado de dependiente a causa del desastre		
Gastos de refugio temporal		
Gastos funerarios/médicos debido al desastre		
Costos por almacenamiento o cambio de domicilio		
Otros gastos a causa del desastre		
Comida destruida por el desastre		
Gastos Totales		\$

- Ingreso anticipado total (C) \$ _____
- Total de recursos en efectivo + \$ _____
- Sume #1 y #2 = \$ _____
- Total gastos por desastre - \$ _____
- Total de fondos disponibles=\$ _____ (reste #4 de #3)
- Límite Máximo de Ingreso \$ _____ (Cantidad de tabla de desastres)

ELEGIBLE (#5 es igual o menor que #6)
 INELEGIBLE (#5 es mayor que #6)

Razón de Negación:

Perdida no por desastre
 Exceso de Ingreso
 Residencia fuera del condado
 Solicito por error
 Otro _____

PARTE G - ADVERTENCIA DE PENALIDADES

Si su grupo familiar Asistencia Nutricional Suplementaria en Caso de Desastre (DSNAP), 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 Alimentos 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 Alimentos y Nutrición a los cuales no tenga derecho.
NO use los Servicios de Alimentos y Nutrición para comprar artículos no autorizados, tales como bebidas alcohólicas o tabaco.
NO use para su grupo familiar los Servicios de Alimentos y Nutrición o los documentos de autorización de otro grupo familiar.
Si usted intencionalmente no cumple con la reglamentación que se menciona arriba, puede ser que usted no vuelva a ser elegible para Servicios de Alimentos y Nutrición permanentemente, y pudiera ser multado por hasta \$250,000 y/o ser encarcelado por hasta 20 años.

USTED NO SERA DISCRIMINADO De acuerdo a las leyes civiles federales, a las regulaciones y reglamentos de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), las agencias, oficinas, empleados y otras instituciones que participan o administran programas del USDA, tienen prohibido discriminar sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalia o represalias por actividades anteriores de derechos civiles. Las personas con discapacidades que requieren de formas alternativas de comunicación (ej. Braille, letras grandes, audio cintas, lenguaje de señales, etc.) para tener información sobre el programa, deben de contactar a la agencia estatal o local correspondiente. Las personas sordas, con problemas de audición, o con problemas del habla, pueden contactar a la USDA a través del Servicio Federal Relay, llamando al (800) 877-8339. También se puede proporcionar información en otros lenguajes además del inglés. Si desea presentar una queja por discriminación, complete la Forma AD-3027 del USDA (Departamento de Agricultura) que puede encontrar en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, o en cualquier oficina del U.S. Departamento de Agricultura, o llamado al (833) 620-1071 para solicitar la forma. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Asistente Secretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. También puede escribir una carta con toda la información necesaria y envíela a: **Correo:** Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; **o por Fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; **o por correo electrónico:** program.intake@usda.gov. **Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidad.**

PARTE H - CERTIFICACION 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 Alimentos y Nutrición a causa del desastre. Certifico, bajo pena de perjurio que la información que he dado es correcta y completa a mi mejor 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 proporcionado.

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

Firma (Solicitante o Representante Autorizado): _____ Fecha: _____

Firma de un testigo (Si firmo con una X): _____ Fecha: _____

Entrevistador: _____ Fecha: _____

Capturista (Keyer): _____ Fecha: _____