

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:** 08/16/2021 y 09/15/2021

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: _____	Identification Verified/Source	Representante Autorizado: _____
Teléfono: _____		Teléfono Temporal: _____
Dirección: _____		Dirección Temporal: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____		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 08/16/2021 y 09/15/2021**. 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 08/16/2021 y 09/15/2021
Ingreso Total						\$

PARTE D – RECURSOS ACCESIBLES EN EFECTIVO		PARTE F - CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD	
Liste el dinero en efectivo que su familia obtendrá entre 08/16/2021 y 09/15/2021		1. Ingreso anticipado total (C) \$ _____	
	MONTO	2. Total de recursos en efectivo + \$ _____	
Efectivo a la mano		3. Sume #1 y #2 = \$ _____	
Cuentas Bancarias		4. Total gastos por desastre - \$ _____	
Recursos Totales	\$	5. Total de fondos disponibles=\$ _____ (reste #4 de #3)	
PARTE E – GASTOS		6. Límite Máximo de Ingreso \$ _____ (Cantidad de tabla de desastres)	
Liste los gastos causados por el desastre que su familia tendrá que pagar entre 08/16/2021 y 09/15/2021 .		<input type="checkbox"/> ELEGIBLE (#5 es igual o menor que #6) <input type="checkbox"/> INELEGIBLE (#5 es mayor que #6) Razón de Negación: <input type="checkbox"/> Perdida no por desastre <input type="checkbox"/> Exceso de Ingreso <input type="checkbox"/> Residencia fuera del condado <input type="checkbox"/> Solicito por error <input type="checkbox"/> Otro _____	
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	\$		

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.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete [el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario o carta al USDA por: Correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o por Fax: (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: _____