

División de Servicios Sociales de Carolina del Norte Solicitud de Servicios de Alimento y Nutrición por desastre					Período de autorización del desastre		
					Comienzo:	Final:	
Nro. del caso:		Fecha de la solicitud:			Condado:		
INSTRUCCIONES: Llene esta solicitud honestamente y a su mejor 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.							
JEFE DE FAMILIA		Identificación verificada / fuente		REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO(S)			
DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL DOMICILIO PERMANENTE		Verificada / fuente		DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO TEMPORALES			
PARTE A - SITUACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR						SÍ	NO
1. ¿Está recibiendo beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición?(Estampillas Comidas) Sí, donde: ESTADO: _____ CONDADO: _____							
2. ¿Perdió su tarjeta de EBT durante el desastre?							
3. ¿Vivía su grupo familiar en el área de desastre cuando se produjo el desastre? De ser así, responda las siguientes preguntas: Condado de residencia: _____							
4. ¿Dañó o destruyó el desastre su casa o la propiedad de su autoempleo?							
• ¿El desastre provocó algún retraso, reducción o terminación de ingresos para su grupo familiar?							
• ¿Su grupo familiar tiene ahora gastos adicionales por causa del desastre, incluyendo pérdida de alimentos?							
• ¿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?							
• ¿Durante el tiempo de limpieza después del desastre, su grupo familiar tendrá que comprar alimentos?							
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	
Ingresos Totales						\$	

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 =	\$ _____
Total de recursos	\$ _____	4. Total de gastos por desastre - (E)	\$ _____
PARTE E - GASTOS	MONTO	5. Total de fondos disponibles (Restar línea 4 a línea 3) =	\$ _____
Costos para proteger la propiedad del desastre		6. Límite de ingreso bruto máximo (Cantidad de la tabla de desastre)	\$ _____
Costos para remplazar artículos perdidos por causa del desastre para su casa o autoempleo		7. ELEGIBLE (línea 5 igual o menor que línea 6)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Gastos por servicios de cuidados para sus dependientes a causa del desastre		8. NO ELEGIBLE (línea 5 mayor que línea 6)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Costos de alimentos destruidos por desastre			
Gastos funerales o médicos incurridos por causa del desastre			
Costos de mudanza o almacenamiento por causa del desastre			
Otros gastos relacionados con el desastre			
Gastos por refugio temporal durante el desastre			
Total de gastos	\$ _____		

PARTE G - ADVERTENCIA DE PENALIDADES

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.

Si infringe intencionalmente alguna de las reglas mencionadas, es posible que no pueda obtener más Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición durante un año o de forma permanente y que se le sancione con una multa de hasta \$250,000 o con hasta veinte años de prisión, o ambos.

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 lleno 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; Fax: (202) 690-7442; o, Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

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 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 suministrado.

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

Firma: _____ Fecha: _____

Entrevistador: _____ Procesador: _____ Mecanógrafo: _____

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: _____