

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

Período de autorización del desastre
Comienzo: Septiembre 7, 2018
Final: Octubre 6, 2018

Número de 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 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 una identificación. Debe 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	Identificación verificada / fuente	REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO(S)
DIRECCIÓN PERMANENTE Y NUMERO DE TELEFONO	Verificada / fuente	DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO TEMPORALES

PARTE A - SITUACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

	SI	NO
1. ¿Está recibiendo beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición (Estampillas Comidas)? Sí respondió SI, ¿donde?: ESTADO: _____ CONDADO: _____		
2. ¿Perdió su tarjeta de EBT durante el desastre?		
3. ¿Vivía su Grupo Familiar en el área del desastre cuando este ocurrió? Si respondió SI, ¿en qué Condado?: _____		
4. ¿El desastre destruyó su casa o su lugar desde donde conduce su negocio propio (self-employment)?		
• ¿El desastre retraso, redujo o detuvo el ingreso de su Grupo Familiar?		
• ¿Su Grupo Familiar ha tenido 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?		
• Mientras se lleva a cabo lo limpieza después del desastre, ¿Su Grupo Familiar comprará alimentos?		
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?		

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, la fecha de nacimiento y la fuente y el monto **del sueldo neto recibido de Septiembre 7, 2018 a Octubre 6, 2018**. 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. Indique 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. El SSN no es requerido para poder calificar para beneficios por desastre

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

PARTE C - INGRESOS

Nombre	Número 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 de **Septiembre 7, 2018 a Octubre 6, 2018**. **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 POR LOS PROPIETARIOS.**

PARTE D – Recursos accesibles en efectivo	MONTO	PARTE F - CÁLCULO DE ELEGIBILIDAD	
Efectivo en mano		1. Total de ingreso anticipado (C)	\$ _____
		2. Total de recursos en efectivo accesibles (D) +	\$ _____
Total de recursos	\$ _____	3. Sumar línea 1 y línea 2 =	\$ _____
PARTE E – GASTOS de 9/7/2018 – 10/6/2018	MONTO	4. Total de gastos por desastre - (E)	\$ _____
Costos para proteger la propiedad del desastre		5. Total de fondos disponibles (Restar línea 4 a línea 3) =	\$ _____
Costos para reparar o remplazar artículos para su casa o su lugar de autoempleo (self-employment)		6. Límite de ingreso bruto máximo (Cantidad de la tabla de desastre)	\$ _____
Gastos por servicios de cuidados para sus dependientes a causa del desastre		7. ELEGIBLE (línea 5 igual o menor que línea 6)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Costos de alimentos destruidos por desastre		8. NO ELEGIBLE (línea 5 mayor que línea 6)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
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 Alimentos y Nutrición en Casos de Desastre (DFNS), 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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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 - 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 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 suministrado.

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

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

Firma del Testigo (Si firmo con X): _____

Entrevistador y Fecha: _____ Procesador y Fecha: _____ Capturista y Fecha: _____

Periodo de Certificación: _____

Razón de Negación: (Marque el indicado Exceso de ingresos Pérdida no relacionada con el desastre Residencia fuera del condado

Solicitud abierta por equivocación Otra: _____