DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

United States Department of Agriculture
Food and Nutrition Service

Solicitud de beneficios alimenticios por desastre

Application for Disaster Food Benefits
(En los términos de 7 CFR 280)

Fecha del sello
Identificación del cliente

Instrucciones: Rellene esta solicitud con honestidad y en la medida de su conocimiento. Si su hogar tiene información que le solicitamos y se niega a proporcionarla, no será elegible para recibir beneficios alimenticios. Puede elegir a otra persona como su representante autorizado para que solicite asistencia de emergencia para su hogar y utilice sus beneficios alimenticios. Su hogar debe participar en una entrevista presencial para recibir beneficios. Tendrá que proporcionar un comprobante de identidad del jefe de su hogar y de las personas que sean sus representantes autorizados. Debe presentar una identificación con fotografía, si la tiene disponible. Pueden pedirle que muestre comprobantes de que los miembros de su hogar vivían o trabajaban en el área de desastre en el momento del desastre. Quizá tenga que comprobar los gastos cuestionables. **Escriba con una pluma con tinta. No escriba en los espacios sombreados.**

Jefe del hogar (persona adulta cuyo nombre aparecerá en la cuenta de beneficios alimenticios por desastre)		**Verificado**
¿Quiere que otra persona ajena a su hogar solicite beneficios para su hogar? (Representante autorizado) ☐ Sí ☐ No	Nombre del representante (si existe)	**Verificado**
Domicilio permanente en el que usted vive Ciudad Estado Código postal		**Verificado**
Dirección temporal / postal Ciudad Estado Código postal	☐ Temporal ☐ Postal	**Verificado**
Número de teléfono permanente (incluido el código de área) ( )	Número de teléfono temporal (incluido el código de área) ( )	
Otro número de contacto (incluido el código de área) ( )	Tipo de número de contacto: ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Mensajes	

Parte A – Situación del hogar en el momento del desastre

	Sí	No
1. ¿Los miembros de su hogar vivían o trabajaban en el área de desastre en el momento del desastre? Si contestó que sí, conteste las siguientes preguntas:	☐	☐
¿El desastre dañó o destruyó su hogar o el inmueble donde trabajaba por cuenta propia?	☐	☐
¿Su hogar tiene gastos adicionales como resultado del desastre?	☐	☐
Mientras se limpian los efectos del desastre, ¿comprarán alimentos para su hogar?	☐	☐
¿El desastre retrasó, redujo o suspendió los ingresos de su hogar?	☐	☐
¿Su hogar cuenta con dinero en efectivo o en cuentas de cheques o ahorros al que no tiene acceso debido a que el banco está cerrado como resultado del desastre?	☐	☐
¿Algún miembro de su hogar es empleado del DSHS?	☐	☐

2. ¿Recibió beneficios de Alimentos Básicos o asistencia alimenticia de un programa tribal durante el mes del desastre?
☐ Sí ☐ No

Si contesto que sí, estado: _____ condado: _____

Si contestó que sí, ¿sus alimentos o su tarjeta EBT fueron destruidos en el desastre? ☐ Sí ☐ No

Si contestó que sí, ¿cuál era el valor monetario de los alimentos adquiridos con los beneficios alimenticios que perdió debido al desastre? $_____

Tipo de pérdida: ☐ Tarjeta EBT ☐ Beneficios de EBT ☐ Alimentos comprados con SNAP o beneficios de alimentos básicos ☐ Otro: _____

Fecha en que descubrió la pérdida: _____

Escriba la información de los miembros de su hogar, incluido usted, que vivían con usted en el momento del desastre. **Si se aloja temporalmente en otro hogar debido al desastre, no incluya a los miembros de ese otro hogar.** Escriba la información de cada miembro del hogar en la parte B. Escriba los ingresos que los miembros de su hogar han recibido o prevén recibir mientras el Programa de Asistencia Alimenticia para Desastres está en operación. Si los ingresos son por trabajo, escriba la cantidad neta que recibe. No es necesario que escriba números de Seguro Social, pero es útil. Se usarán para identificar a los miembros de su hogar y confirmar que son elegibles para recibir beneficios alimenticios. También se usarán para cruces de datos por computadora, revisiones de programas y auditorías.

Parte B – Miembros del hogar (adjunte más hojas de papel si necesita espacio)				**Parte C – Ingresos**	
Nombre	Parentesco con el jefe del hogar	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Origen / Tipo	Cantidad
	Yo mismo				

Parte D. Describa todo el dinero en efectivo al que su hogar podrá obtener acceso durante este desastre.

Parte D – Recursos	**Cantidad**
Efectivo disponible	
Cuentas de cheques que puede usar	
Cuentas de ahorros que puede usar	
Otros:	

En la **parte E**, escriba los gastos provocados por el desastre que su hogar ha pagado o prevé pagar durante este desastre. **No incluya los gastos que fueron o serán pagados por otra persona que sea ajena a su hogar.**

Parte E – Gastos	**Cantidad**		**Cantidad**
Alimentos destruidos o estropeados en el desastre		Costos de reparar o reemplazar artículos del hogar o del empleo por cuenta propia	
Cuidado de dependientes debido al desastre		Otros gastos relacionados con el desastre (1)	
Gastos funerales o médicos debido al desastre		Otros gastos relacionados con el desastre (2)	
Costos de mudanza y almacenamiento debido al desastre		Otros gastos relacionados con el desastre (3)	
Gastos de refugio temporal		Otros gastos relacionados con el desastre (4)	
Costos de proteger sus bienes debido al desastre			

Parte F – Advertencia de sanción

Si su hogar recibe beneficios alimenticios, debe seguir las reglas que se indican a continuación. Podemos señalar a su hogar para una revisión federal o estatal cierto tiempo después de que reciba sus beneficios alimenticios, para asegurarnos de que era elegible para recibir ayuda por desastre.

- **No** proporcione información falsa ni oculte información para recibir o seguir recibiendo asistencia alimenticia.
- **No** entregue ni venda sus beneficios alimenticios ni su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) a personas no autorizadas para recibirlos.
- **No** use beneficios alimenticios para comprar artículos no autorizados, como alcohol o tabaco.
- **No** use los beneficios alimenticios o la tarjeta EBT de otro hogar para su propio hogar.

Parte G – Certificación y firma	
Entiendo las preguntas de esta solicitud y las sanciones por ocultar información o proporcionar información falsa. Mi hogar necesita asistencia alimenticia inmediata debido al desastre. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es correcta y está completa en la medida de mi conocimiento. Además, autorizo la divulgación de toda la información necesaria para determinar que mi certificación es correcta. Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier acción realizada en mi caso tengo derecho a solicitar una audiencia imparcial, ya sea de manera oral o escrita.	
Firma del jefe del hogar o de su representante autorizado	Fecha

De acuerdo con las leyes federales sobre derechos civiles y las reglamentaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), el USDA y sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participen en programas del USDA o que los administren tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de programas de asistencia pública, convicciones políticas, ni como represalia por actividades previas relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las condiciones se aplican a todos los programas). Los remedios y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (como Braille, letra grande, cintas de audio, lengua de señas americana, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones en el teléfono 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja por discriminación en contra del programa, llene el formulario de queja por discriminación en programas del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en la sección "Cómo presentar una queja por discriminación contra un programa" (https://www.usda.gov/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/how-file-usda-discrimination-complaint/how-file-program-discrimination-complaint) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario contestado o su carta al USDA usando uno de los siguientes medios: (1) correo postal: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 o (2) correo electrónico: FNACIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.