



UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE
FOOD AND NUTRITION SERVICE

Solicitud de Beneficios Alimenticios por Desastres
Application for Disaster Food Benefits
(De acuerdo a 7 CFR 280)

| |
|-----------------------|
| DATE STAMP |
| CLIENT IDENTIFICATION |

INSTRUCCIONES: Complete esta solicitud de manera honesta y a su mejor entender. Si su familia conoce pero se niega a brindar alguna información que solicitemos, no será elegible para recibir beneficios alimenticios. Puede elegir una persona para que sea su representante autorizado para solicitar asistencia de emergencia para su familia y usar sus beneficios alimenticios. Su familia debe tener una entrevista en persona para los beneficios. Deberá brindar pruebas de identidad para su jefe de familia y de cualquier persona que actúe como su representante autorizado. Requerimos identificación con foto si está disponible. Se le puede solicitar que muestre pruebas de que su familia vivía o trabajaba en la zona de desastre en el momento del desastre. Podría tener que verificar cualquier gasto cuestionable. **POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA CON BOLÍGRAFO DE TINTA NEGRA. NO ESCRIBA EN LAS ZONAS SOMBREADAS.**

| | | | |
|---|--|---------------|---|
| JEFE DE FAMILIA (PERSONA ADULTA CUYO NOMBRE APARECERÁ EN LA CUENTA DE BENEFICIOS ALIMENTICIOS POR DESASTRE) | | | VERIFIED |
| ¿QUIERE QUE ALGUIEN AJENO A SU FAMILIA SOLICITE LOS BENEFICIOS PARA SU HOGAR? (REPRESENTANTE AUTORIZADO) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | NOMBRE DEL REPRESENTANTE (SI HUBIERA) | | VERIFIED |
| DIRECCIÓN FÍSICA PERMANENTE DEL LUGAR EN EL QUE VIVE | CIUDAD ESTADO | CÓDIGO POSTAL | VERIFIED |
| DIRECCIÓN DE CORREO / TEMPORAL | CIUDAD ESTADO | CÓDIGO POSTAL | <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Postal VERIFIED |
| NÚMERO DE TELÉFONO PERMANENTE (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) () | NÚMERO DE TELÉFONO TEMPORAL (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) () | | |
| NÚMERO DE CONTACTO ALTERNATIVO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) () | Clase de número de contacto: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensajes | | |

PARTE A - SITUACIÓN FAMILIAR

| | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Trabajaba o vivía su familia en la zona del desastre en el momento del desastre? Si la respuesta es sí, por favor responda las siguientes preguntas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su hogar o propiedad de un trabajo independiente fueron dañados por el desastre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene su familia algún gasto adicional como resultado del desastre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mientras los efectos del desastre son reparados ¿deberá comprar su familia los alimentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Postergó, redujo o frenó el desastre sus ingresos familiares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene su familia efectivo o dinero en cuentas corrientes o de ahorro a los que no puede acceder porque el banco cerró a causa del desastre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Algún miembro de su hogar está empleado por la División de Servicios Comunitarios del DSHS o por Servicios Comunitarios y del Hogar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Recibe actualmente beneficios de Alimentos Básicos, del programa SNAP o vales alimenticios? Sí No
Si la respuesta es sí, declare: _____ condado: _____
Si la respuesta es sí, ¿fue destruida su tarjeta de alimentos o EBT por el desastre? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuál sería el valor en dólares de los beneficios alimenticios o alimentos que perdió a causa del desastre?
\$ _____
Clase de pérdida: Tarjeta EBT Beneficios EBT Alimentos comprados con beneficios de Alimentos Básicos, del programa SNAP o vales alimenticios
 Otros: _____
Fecha en la que descubrió la pérdida: _____
Firma de la persona que declara la pérdida: _____



Lista de los integrantes de su familia, incluido usted, que vivían con usted en el momento del desastre. **SI SE ESTÁ QUEDANDO TEMPORALMENTE CON OTRA FAMILIA A CAUSA DEL DESASTRE NO NOMBRE A LOS MIEMBROS DE ESA FAMILIA.** Anote a cada uno de los integrantes de su familia en la Parte B. Anote cualquier otro ingreso que sus familiares han recibido o esperan recibir mientras el Programa de Asistencia Alimenticia por Desastres esté en funcionamiento. Si el ingreso proviene del trabajo, anote el monto neto. No es necesario brindar los números de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés), pero será de utilidad. Esto será usado para identificar a los integrantes de su familia y para asegurar que sean elegibles para recibir beneficios alimenticios. Además será usado para buscar coincidencias por computadora, revisiones del programa o auditorías.

| PARTE B - INTEGRANTES DE LA FAMILIA (Adjunte papel si requiere más espacio) | | | | PARTE C - INGRESOS | |
|---|---------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|-------|
| NOMBRE | RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | FUENTE/CLASE | MONTO |
| | Uno mismo | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Parte D. Anote todo el dinero que su familia podrá obtener durante este desastre. En la Parte E, anote todos los gastos provocados por el desastre que su familia tuvo que pagar o espera tener que pagar durante este desastre. **NO INCLUYA GASTOS QUE FUERON PAGADOS O SERÁN PAGADOS POR UNA PERSONA AJENA A LA FAMILIA.**

| PARTE D - RECURSOS | MONTO | PART F - ELIGIBILITY COMPUTATION | |
|---|--------------|--|----------|
| Efectivo en mano | | 1. Total anticipated income | \$ _____ |
| Cuentas corrientes que puede utilizar | | 2. Total accessible cash resources | \$ _____ |
| Cuentas de ahorros que puede utilizar | | 3. Add #1 and #2 | \$ _____ |
| Otros: | | 4. Total disaster expenses | \$ _____ |
| PARTE E - GASTOS | MONTO | 5. Total available funds (Subtract #4 from #3) | \$ _____ |
| Alimentos destruidos o arruinados en el desastre | | 6. Maximum Gross Income Limit (Amount from Disaster Table) | \$ _____ |
| Cuidados de dependencia a causa del desastre | | 7. ELIGIBLE (#5 is equal to or less than #6) | \$ _____ |
| Gastos fúnebres/médicos a causa del desastre | | 8. INELIGIBLE (#5 is greater than #6) | \$ _____ |
| Gastos de mudanza y almacenaje a causa del desastre | | Interviewers Name: | |
| Gastos de refugio temporal | | Phone: | |
| Costo para proteger la propiedad durante el desastre | | | |
| Costo para reparar o reemplazar objetos para el hogar o propiedad de autoempleo | | | |
| Otros gastos relacionados con el desastre (1) | | | |
| Otros gastos relacionados con el desastre (2) | | | |
| Otros gastos relacionados con el desastre (3) | | | |
| Otros gastos relacionados con el desastre (4) | | | |



PARTE G - ADVERTENCIA DE PENALIDAD

Si su familia recibe beneficios alimenticios, deben ser acordes a las reglas nombradas a continuación. Podríamos elegir a su familia para una revisión federal o estatal en cualquier momento después de que haya recibido sus beneficios alimenticios para asegurar que haya sido elegible para la asistencia por desastres.

NO brinde información falsa o esconda información para recibir o seguir recibiendo asistencia alimenticia.

NO regale ni venda sus beneficios alimenticios o tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) a ninguna persona que no esté autorizada para usarlos.

NO use los beneficios alimenticios para comprar objetos no autorizados como alcohol o tabaco.

NO use los beneficios alimenticios o tarjeta EBT de otra familia para su propia familia.

PARTE H - CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Entiendo las preguntas de esta solicitud y las penalidades por ocultar información o brindar información falsa. Mi familia necesita asistencia alimenticia de inmediato como resultado del desastre. Certifico, bajo pena de perjurio, que a mi mejor entender la información que he brindado es correcta y completa. Además, autorizo la divulgación de toda información necesaria para determinar que mi certificación es justa. Entiendo que si estoy en desacuerdo con cualquier acción tomada sobre mi caso, tengo el derecho de solicitar una audiencia justa oralmente o por escrito.

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo con base en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, cuando sea aplicable, creencias políticas, estado civil, situación familiar o de padre o madre, orientación sexual, o porque si nivel de ingresos, en todo o en parte, se derive de algún programa de asistencia pública, o por su información genética protegida, ya sea en el empleo o en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el Departamento. (No todas las bases de prohibición aplicarán a todos los programas y/u oportunidades de empleo). Si desea presentar una denuncia por discriminación ante el programa de Derechos Civiles, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de denuncia lleno o su carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Los individuos que sean sordos o que tengan problemas auditivos o discapacidades del pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). Para cualquier otra información relacionada con temas del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, "SNAP"), las personas deben ponerse en contacto con la línea de atención de SNAP USDA al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llamar a los números de atención o de información estatal (haga clic en el enlace para ver una lista de los números de atención por estado); que puede encontrar en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. El es un empleador y proveedor que ofrece oportunidades equitativas.

