

SOLICITUD DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA DE EMERGENCIA

(Pursuant to 7 CFR 280)

Consideraremos a todos los solicitantes sin importar color, raza, sexo, discapacidad, religión, origen o creencias políticas.

PERIODO DE AUTORIZACIÓN DE AYUDA

COMIENZA **09/12/08** TERMINA **10/17/08**

NÚMERO DE CASO

FECHA DE SOLICITUD **09/16/08**

INSTRUCCIONES: Llene esta solicitud con honestidad e incluya toda la información que sepa. Si su familia supiera información pero se rehusará a proveerla intencionalmente no podrá recibir los beneficios de estampillas para comida. Al momento de la entrevista deberá mostrar una identificación con foto. Tendrá que comprobar que su familia vivió en una de las zonas de desastre durante el desastre. También tendrá que verificar gastos cuestionables. Puede autorizar a alguien fuera de su familia para que pueda solicitar ayuda de emergencia por usted, buscar y/o utilizar sus estampillas para comida. **NO ESCRIBA EN LAS AREAS SOMBREADAS.**

JEFE DE FAMILIA	VERIFICACIÓN	REPRESENTANTE(S) AUTORIZADOS:
DIRECCIÓN PERMANENTE Y NÚM. DE TELÉFONO	VERIFICACIÓN	DIRECCIÓN TEMPORERA Y NÚM. DE TELÉFONO
Condado:		

PARTE A – SITUACION DE LA FAMILIA

¿Vivía su familia en una zona de desastre al momento en que ocurrió el desastre?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Recibe estampillas para comida actualmente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Estuvo su ingreso familiar reducido, interrumpido o atrasado a causa del desastre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si su respuesta es Sí ¿En qué estado de EEUU?		

Mencione los miembros de su familia incluyendo usted, que fueron afectados por el desastre y que viven y comen en su casa. **SI VIVE TEMPORERAMENTE CON OTROS FAMILIARES POR CAUSAS DEL DESASTRE NO MENCIONE LOS MIEMBROS DE ESTA FAMILIA.** Escriba los números de seguro social, fecha de nacimiento y total de ingresos de cada miembro de su familia. Mencione ingresos adicionales que su familia haya recibido o esté por recibir. El número de seguro social es requerido por ley y se utilizará para identificar a los miembros de mi familia y para asegurar que reúno los requisitos para recibir estampillas para comida. Esta información también será utilizada para revisiones, auditorías y comprobación de información electrónica.

PARTE B – MIEMBROS DE LA FAMILIA

(Escriba nombres adicionales debajo de esta sección para más espacio)

NOMBRE	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	¿ES RESIDENTE DE E.E.U.U.?		¿ES RESIDENTE LEGAL?	
			SI	NO	SI	NO

PARTE C – INGRESO

¿QUIEN RECIBE INGRESOS EN SU HOGAR?	NOMBRE DEL PATRONO o TIPO DE FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD MENSUAL

En la parte D, incluya la cantidad de dinero en efectivo que su familia podría conseguir durante el desastre. En la parte E mencione los gastos a causa del desastre que su familia tuvo que pagar o espera tener que pagar durante el desastre. **NO INCLUYA LOS GASTOS QUE YA PAGÓ O LOS QUE SERÁN PAGADOS POR PERSONAS QUE NO SON PARTE DE SU FAMILIA.**

PARTE D – RECURSOS		CANTIDAD	PARTE F – AVISO DE PENALIDAD
Dinero en efectivo a la mano		\$	<p>Si su familia recibe beneficios de estampillas para comida, tienen que seguir las reglas a continuación. Podríamos seleccionar a su familia para una revisión estatal o federal en cualquier momento luego de que comience a recibir los beneficios. Queremos asegurarnos de que su familia reúne los requisitos para recibir esta ayuda de emergencia.</p> <p>NO provea información falsa ni omita información para recibir o seguir recibiendo estampillas para comida.</p> <p>NO dé o venda estampillas para comida ni le dé documentos de permiso a nadie que no esté autorizado para utilizarlos.</p> <p>NO altere estampillas para comida o documentos de autorización para obtener beneficios que no le corresponden.</p> <p>NO compre artículos que no están autorizados como bebidas alcohólicas o tabaco con sus estampillas para comida.</p> <p>NO use estampillas para comida o documentos con autorización de otra familia para el uso de su familia.</p>
Cuentas de cheque		\$	
Cuentas de ahorro		\$	
(La cantidad debe ser menor de \$5,000 para calificar) Total		\$	
PARTE E – GASTOS		CANTIDAD	
¿Tiene gastos mensuales de cuidado de niños o cuidado de adultos dependientes?		\$	
Si tiene 60 años de edad o tiene una discapacidad ¿Tiene gastos médicos mensuales recurrentes? ¿Cuál es la cantidad de estos gastos?			
¿Tiene gastos mensuales de casa o refugio (no incluya gastos por servicios de utilidades)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Escriba el total de los gastos		\$	
¿Tiene gastos por servicios de utilidades por calefacción o aire acondicionado? (no incluya gastos por el uso de ventiladores)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Cuál es la cantidad de gastos mensuales de estos servicios?		\$	

PARTE G – CERTIFICACION Y FIRMA

Entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades que conlleva omitir o proveer información falsa. Mi familia necesita estampillas para comida inmediatamente por causa del desastre. Certifico bajo penalidad de perjurio que la información provista es correcta y completa. Además, autorizo la publicación de cualquier información necesaria para determinar la certificación de la misma. Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier acción tomada en cuanto a mi caso, tengo el derecho de solicitar una audiencia justa oral o por escrito.

SOLICITANTE, REPRESENTANTE AUTORIZADO O TESTIGO (si firma con una X)

FECHA