

SOLICITUD DE CUPONES PARA ALIMENTOS DE EMERGENCIA DEBIDO A UN DESASTRE

(conforme 7 CFR 280)

Se recibirán solicitudes de todo solicitante sin importar su raza, color de piel, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o tendencias políticas.

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lang E or S	Lang Read (NYC) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Disaster Authorization Period From To		Payment Period From To		HH Size	Payment Amount \$	1st Card Number XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				

Instrucciones: rellene la solicitud completamente según su leal saber y entender. Si su hogar tiene los datos solicitados, pero intencionalmente retiene esa información, no recibirá las prestaciones de cupones para alimentos. Cuando se le entreviste tendrá que presentar documentos de identidad. Usted debe comprobar que su unidad familiar vivía en el área devastada al momento que ocurrió el desastre. Posiblemente se le pida verificar gastos dudosos. Puede autorizar a otra persona, que no forme parte de su unidad familiar, para que solicite y canjee los cupones de emergencia por usted.

Nombre: _____ Nº de teléfono: _____ Otro Nº de teléfono donde se le pueda localizar: _____

Domicilio: _____ Apto.# _____ Ciudad _____, NY Código Postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Apto.# _____ Ciudad _____, NY Código Postal _____

PARTE A: SITUACIÓN FAMILIAR

SÍ

NO

1. ¿Vivía su familia en la zona, ahora devastada, al momento del desastre? Si la respuesta es sí, conteste las siguientes preguntas:

¿Causó el desastre daños o destrucción a su casa o propiedad de empleo propio?

¿Tiene su hogar gastos no reembolsados, incurridos como resultado del desastre?

¿Cree usted que su familia necesitará alimentos durante el tiempo que duren las tareas de limpieza debido al desastre?

¿Ocasiónó el desastre una demora, reducción o suspensión de ingresos del hogar?

¿Tiene su hogar dinero en efectivo o dinero en una cuenta corriente o de ahorros, al cual no tiene acceso en este momento debido a que el banco está cerrado a causa del desastre?

2. ¿Recibe usted actualmente cupones para alimentos? De ser así, ESTADO: _____ CONDADO: _____

Haga una lista de los miembros de la familia afectados por el desastre, incluyéndose a sí mismo(a), que viven y comparten los alimentos con usted. **SI ACTUALMENTE SE ESTÁ QUEDANDO CON OTRA FAMILIA DEBIDO AI DESASTRE, NO INDIQUE EN LA PARTE B, LOS MIEMBROS DE ESA FAMILIA.** Por cada miembro de la familia indique el respectivo número de seguro social (*ssn*), fecha de nacimiento y la fuente y cantidad de ingresos que contribuye al hogar. Haga una lista de los ingresos adicionales que los miembros de la familia han recibido o esperan recibir durante el periodo que dure el programa de cupones para alimentos de emergencia debido a un desastre. El número de seguro social es exigido por ley y se usa con motivo de establecer la identidad de los miembros de la unidad familiar y con el propósito de cerciorarnos de que habilitan para recibir prestaciones de cupones. También se usa en el cruzamiento de datos informáticos, análisis de programas y auditorías.

PARTE B: MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR													PARTE C - INGRESOS					
	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de seguro social (SSN) del solicitante (si no tiene uno, escriba, «ninguno»)	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo M o F	¿hispano latino?		Indique con una S (Sí) o con una N (No) para cada raza*.						Parentesco con usted	Fuente o Tipo	Cantidad (\$)
								Sí	No	I	A	B	P	W	U			
1															Yo mismo(a)	\$		
2																\$		
3																\$		
4																\$		
5																\$		
6																\$		
7																\$		
8																\$		
TOTAL DE INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR																\$		

*Códigos de Raza / Etnia: I – Norteamericano nativo o nativo de Alaska, A – Asiático, B – Negro o afroamericano, P – Nativo de Hawai o Islas del Pacífico, W – Blanca U – desconocido (Asistencia Médica (MA) solamente)

En la Parte D, indique la cantidad completa de dinero en efectivo que su familia podrá obtener durante el periodo de devastación. En la Parte E, indique los gastos incurridos, o los gastos que espera incurrir, a consecuencia del desastre natural. **NO INCLUYA GASTOS QUE FUERON PAGADOS O QUE PAGARÁ UNA PERSONA NO MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR.**

PARTE D: RECURSOS	CANTIDAD
Dinero en efectivo a mano	\$
Chequeras	\$
Cuentas de ahorros	\$
TOTAL DE RECUROS EN LÍQUIDO	\$

PARTE E: GASTOS	CANTIDAD
Alimentos dañados por el desastre natural	\$
Gastos de cuidado de personas a cargo a consecuencia del desastre	\$
Gastos funerarios / médicos ocasionados por el desastre	\$
Gastos de mudanza y almacenamiento a consecuencia del desastre	\$
Gastos de albergue temporal	\$
Gastos de protección de la propiedad a causa del desastre	\$
Gastos de reparación o reemplazo de enseres domésticos o de enseres de la propiedad de empleo propio	\$
Otros gastos relacionados con la devastación	\$
TOTAL DE GASTOS OCASIONADOS POR EL DESASTRE	\$
PART F – ELIGIBILITY COMPUTATION	AMOUNT
1. Total anticipated income	\$
2. Total accessible cash resources	\$
3. Add #1 and #2	\$
4. Total disaster expenses	\$
5. Total available funds (Subtract # 4 from # 3)	\$
6. Maximum Gross Income Limit (Amount from Disaster Table)	\$
7. ELIGIBLE (#5 is equal to or less than # 6) Monthly Benefit Amount	\$
8. INELIGIBLE (# 5 is greater than # 6)	
PARTE G: SANCIONES	
<p>Si a su hogar se le aprueba para recibir los cupones, debe acatar las reglas a continuación. Es posible que después de que su hogar reciba los cupones, éste sea seleccionado con motivo de realizar una revisión federal o estatal con el fin de cerciorarnos de que su hogar reunía los requisitos para recibir la prestación de cupones. NO DÉ información falsa o retenga datos con el propósito de recibir o continuar recibiendo cupones. NO DÉ o venda prestaciones de cupones o documentos de autorización a ninguna persona que no sea la persona autorizada. NO USE los cupones para comprar artículos no autorizados, tales como alcohol o tabaco. NO UTILIZE los cupones pertenecientes a otro grupo familiar para beneficio de su propio hogar.</p>	
PARTE H: ATESTACIÓN Y FIRMA	
<p>Entiendo las preguntas formuladas en esta solicitud, como también las sanciones que se imponen por retener o dar información falsa. Mi hogar necesita alimentos de emergencia debido al desastre natural. Yo afirmo, so pena de perjurio, que los datos que he suministrado son exactos e íntegros, según mi leal saber y entender. A su vez, autorizo la revelación de todo dato pertinente con el fin de verificar la exactitud de mi reconocimiento. Entiendo que, si yo no estoy de acuerdo con la decisión tomada en mi caso, tengo el derecho a solicitar una audiencia imparcial, ya sea de forma verbal o por escrito.</p>	
SOLICITANTE, REPRESENTANTE AUTORIZADO O TESTIGO (si se coloca una x en vez de una firma)	FIRMADO EL DÍA: