



Solicitud de Beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición

¿Cuáles son los Beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición?

El Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición ayuda a las familias a comprar alimentos en tiendas autorizadas. Esto aumentará el poder adquisitivo de las familias de bajos ingresos y podrán consumir comidas más nutritivas.

¿Cómo solicito Beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición?

Paso 1. Llene esta solicitud. Usted tiene el derecho de recibir una solicitud cuando la pida. Si no puede llenar toda la solicitud hoy, podemos aceptarla si llena la parte inferior de esta página con su nombre, dirección y firma. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud déjenoslo saber para poder ayudarlo.

Paso 2. Entregue la solicitud a su Agencia Local lo antes posible. Puede enviar la solicitud por correo, fax, o llevarla personalmente a su agencia local. También puede hacer su solicitud en línea en <https://epass.nc.gov/CitizenPortal/application.do>. La fecha en que recibamos su solicitud con su nombre, dirección y firma es la fecha de inicio de sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. Si usted reúne los requisitos para recibir beneficios del programa en el mes en que presenta su solicitud, la cantidad de beneficios que usted obtendrá por dicho mes dependerá de la fecha en la que usted presente su solicitud. Cuanto antes nos envíe esta solicitud, más rápido sabrá si usted puede obtener estos beneficios.

Paso 3. Hable con nosotros. Un asistente social debe entrevistarle a usted o a alguien que usted elija para que lo represente. El motivo de esta entrevista es determinar si usted puede obtener los Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. **Si no puede quedarse para la entrevista hoy, por favor, dígaselo a la persona en la recepción o al asistente social para que podamos programar una entrevista para usted.**

Información acerca de Números de Seguro Social, Ciudadanía y Estatus de Inmigración

Usted puede optar por no solicitar beneficios para usted o para algún otro miembro de la familia y no será requerido a contestar preguntas relacionadas a Números de Seguro Social o información de ciudadanía o estatus migratorio de esas personas. Por cada persona que si este solicitando beneficios deberá de proporcionar información de Números de Seguro Social, ciudadanía y estatus migratorio. Por ley se requiere proporcionar el SSN de cada uno de los solicitantes de beneficios. No daremos el SSN al INS. Solamente usaremos los SSN para verificar (por computadora) la información que nos proporcione con otras agencias estatales y federales a través del Sistema de Ingresos y Verificación de Elegibilidad (IEVS), otros sistemas computacionales de verificación, revisión de programas y auditorías. Esta información se verificará con otras fuentes cuando surjan discrepancias que puedan afectar su elegibilidad o nivel de beneficios. Usted debe de ser un Ciudadano Americano o una persona autorizada por la oficina de inmigración y también cumplir con otros requisitos del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición para obtener estos beneficios. Sólo nos pondremos en contacto con USCIS (Oficina de Migración) para verificar el estado de inmigración de las personas en la familia que nos proporcionan sus documentos de inmigración. Si hay solicitantes en la familia que no presenten esta documentación, estas personas no serán elegibles para beneficios.

Todos los miembros de la familia deben de presentar su información financiera, porque es necesaria para determinar la elegibilidad de las personas por las cuales se está solicitando. Las personas elegibles en la familia podrán recibir beneficios, aunque algunos miembros de la familia opten por no solicitar beneficios. La cantidad de beneficios depende del número de personas que están solicitando.

¿Necesita ayuda para llenar este formulario?

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, por favor, háganoslo saber para que podamos ayudarlo. ¿Necesita ayuda para completar esta solicitud?

Sí No

¿Necesita un Intérprete para Ayudarle con la Solicitud?

Se le pueden proporcionar los servicios de un intérprete gratuitamente para ayudarlo con su solicitud

¿Desea que le ayude un intérprete?

Sí No

Díganos Acerca de su Familia

Primer Nombre	Inicial Segundo Nombre	Apellido			
Dirección Postal (Casa/Apartamento, #, Calle)			Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Física (Casa/Apartamento, #, Calle (Si es diferente de la dirección postal))			Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Celular	Numero para mensaje	Compañía de Teléfono	Idioma	
Su Firma o firma de su representante autorizado				Fecha	
Firma del Testigo (Si firma con una X)				Fecha	

¿Necesita que alguien solicite o use sus Beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición?

Si usted desea que alguien solicite o use sus beneficios, u obtenga información sobre dichos beneficios, por favor marque “Sí” a continuación. Si marca “Sí”, le daremos o enviaremos por correo un formulario. Usted y la persona que desea ayudar pueden llenar el formulario y devolverlo a nuestra oficina. Si usted toma esta opción, esta persona recibirá una tarjeta EBT y tendrá acceso a sus Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. Una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) es una tarjeta plástica que se utiliza en tiendas para comprar alimentos. **¿Necesita que alguien (un representante autorizado) lo ayude a obtener y/o a usar sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición?** Sí No

¿Cuándo obtendré mis beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición?

Si usted reúne los requisitos para obtener beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición, los recibirá dentro de un plazo de **30 días calendario** a partir de la fecha en que presentó su solicitud con su nombre, dirección y firma. Si usted está solicitando beneficios de FNS o SSI a través de una institución, la fecha de solicitud es la fecha en que la solicitud es entregada a la agencia. Es posible que pueda recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición dentro de un plazo de **7 días calendario** si usted reúne los requisitos para obtener beneficios de manera acelerada (en inglés “Expedited Food and Nutrition Services”). Su unidad familiar puede estar en una situación de emergencia si:

- Los ingresos mensuales brutos de su unidad familiar son menores a \$150 y el dinero en efectivo o en el banco que poseen es \$100 o menos, o
- La suma de los pagos de alquiler, hipoteca y servicios públicos (utilities) de su familia son superiores a sus ingresos mensuales brutos y/o el dinero en efectivo que tengan en el banco, o
- Usted o un integrante de su familia es un trabajador agrícola migrante de temporada (temporero).

¿Beneficios Acelerados?

La siguiente información nos ayudara a determinar si el solicitante y su familia son elegibles para recibir beneficios de asistencia de alimentos rápidamente	Cantidad
¿Cuál es el ingreso total bruto de su familia?	
¿Cuánto dinero tiene en ahorros o en efectivo?	
¿Cuánto paga mensualmente de renta o de hipoteca?	
¿Cuánto paga por Servicios Públicos (Utilities) mensualmente. Gastos Estándar de Servicios Públicos (SUA)/ Gastos de Telefono (TUA) que pagan en su casa?	
¿Algún miembro de la familia es trabajador migrante (o temporero)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, complete a-d. No, pase a la siguiente sección.	
a. ¿Se terminó el trabajo recientemente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿El dinero que recibió en el mes de la solicitud se termino ayer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Recibirá menos de \$25 por parte de su empleador en los próximos 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Tiene en efectivo, en ahorros, o en cheques, menos de \$100?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Infórmenos sobre las personas que componen su unidad familiar

Su unidad familiar está compuesta por usted y todos los que viven con usted, aunque no sean parientes. Llene el siguiente cuadro incluyendo a todas las personas en su unidad familiar. Si necesita más espacio para completar esta sección, adjunte una hoja de papel. Nosotros determinaremos quién debe estar incluido en su caso del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)	Parentesco o relación con usted	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	** Edad	Sexo M/F	** Vive en Refugio (Homeless) o en la calle (Si/No)	Solicita Beneficios (Si/No)	*Opcional *Numero de Seguro Social (vea abajo)	*Opcional Ciudadano (Si/No) (vea abajo)	*Opcional Hispano Latino (Si/No)	*Opcional Raza. Vea Abajo
	Yo										

*Número de Seguro Social e información de ciudadanía no son necesarios para las personas que no solicitan beneficios.
 *La Elegibilidad o el nivel de beneficios no son afectados si no se pone la información étnica o de raza. Cuando la información no se proporciona la agencia recolectara la información por observación durante la entrevista. El dar esta información ayuda para asegurar que los beneficios del programa son distribuidos sin importar la raza, el color o nación de origen (La información es usada con fines estadísticos).
 *RAZA: escoja uno de los números que se aplican en su caso y escríbalos en el espacio de raza. 1. Nativo Americano/ Nativo de Alaska
 2. Asiático 3. Negro/Afro-Americano 4. Nativo Hawaiano/ Nativo de otra de las Islas del Pacífico 5. Blanco

**** Estas preguntas ayudan a identificar a Adultos Capaces de Trabajar sin Dependientes (ABAWD).** ¿Es usted un residente de (vive en) este estado?
 Sí No

Marque la situación que más de aplique a su grupo familiar. Vivimos en: casa

- Casa de cuidados para adultos **Centro de Tratamiento para Problemas de Alcohol o Drogas Casa Grupal Casa Transicional Hotel
 **Institución **Centro de Tratamiento **Refugio para mujeres maltratadas y niños Otro _____

¿Todas las personas en su grupo familiar compran la comida y cocinan juntas? Sí No. ¿Quién compra la comida separadamente? Nombres de las personas que compran la comida separadamente _____

¿Alguien en su grupo familiar ya tiene una tarjeta de EBT? Sí No ¿Quién? _____

Si respondió sí, ¿En qué estado obtuvo la tarjeta? _____ ¿Cuándo la uso por última vez? _____

¿Alguien obtiene Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición o SNAP en otro condado o estado? Sí No

Si contesto sí, ¿Quién? _____ ¿En qué condado o estado? _____

¿Cuándo comenzó a obtener beneficios? _____ ¿Cuándo terminaron los beneficios? _____

¿Monto de los beneficios que dieron? _____

¿Alguien en la familia participa en algún programa de distribución de comida en alguna reservación india? Sí No

¿Alguien en su familia está en la siguiente situación?

Marque lo que se aplique.

Un niño de Cuidado Foster. ¿Quiere incluirle en el caso? Si No ¿Quién? _____

**Embarazada Fecha de Parto: _____ ¿Quién? _____

**Está en algún programa de tratamiento de alcohol o drogas ¿Quién? _____

**Tiene algún servicio de cuidado para alguien en la familia ¿Quién? _____

Rentando una habitación ¿Quién? _____

Pagándome por alimentos y un lugar para vivir ¿Quién? _____

Descalificado para recibir estos beneficios por algún estado ¿Quién? _____

Huyendo de la corte o la ley ¿Quién? _____

Tratando de evitar cárcel por algún crimen ¿Quién? _____

Violando condiciones o requisitos de libertad condicional ¿Quién? _____

Convicta de un crimen de drogas o sustancias controladas cometido después de Agosto 22, 1996.
Estado en que se le encontró culpable _____ y fecha _____ ¿Quién? _____

Convicta por recibir beneficios en dos estados después de Agosto 22, 1996
Estado en que se le encontró culpable _____ y fecha _____ ¿Quién? _____

Convicta por canjear beneficios por armas, municiones o explosivos después de Agosto 22, 1996
Estado en que se le encontró culpable _____ y fecha _____ ¿Quién? _____

Convicta por vender o comprar beneficios por más de \$500 después de Agosto 22, 1996. ¿Quién? _____

**En la Universidad o Colegio Comunitario al menos por medio tiempo ¿Quién? _____

Nombre de la Universidad o Colegio Comunitario. _____

**Tiene alguna discapacidad física, mental o emocional que le impida trabajar ¿Quién? _____

**Opera una escuela en casa por al menos 30 horas a la semana ¿Quién? _____

**Tiene que cuidar de una persona deshabilitada (no tiene que vivir en casa) ¿Quién? _____

**Participa en un Programa de Empleo en un Refugio (Shelter) Oficial ¿Quién? _____

**No puede trabajar debido a adicción a las drogas o alcohol ¿Quién? _____

Si no esta registrado para votar en el lugar que vive actualmente, ¿Quiere registrarse? SI NO

Si no marca ninguna casilla se considera que no desea registrarse para votar.

****Estas preguntas ayudan a identificar a personas adultas capaces de trabajar en su familia y que no tienen dependientes (ABAWD)**

¿Qué recursos poseen las personas que integran su Grupo Familiar?

Los activos son artículos de valor que son de su propiedad; como por ejemplo, dinero en efectivo o cuentas bancarias. Nosotros determinaremos si se necesita alguna verificación y si le es accesible.

¿Alguien en su Grupo Familiar ha transferido recursos en los últimos 3 meses para poder calificar para Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición? Sí No

Por favor marque todos los recursos que usted u otra persona en su Grupo Familiar posean, o que posean conjuntamente con alguna persona que no sea de su grupo familiar.

Tipo de activo	¿A quién pertenece?	Valor o Monto de Avalúo	Nombre del Negocio y número de cuenta
<input type="checkbox"/> Efectivo			
<input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques o Ahorros			
<input type="checkbox"/> Cuentas de Retiro			
<input type="checkbox"/> Fondos de Inversión			
<input type="checkbox"/> Servicios Funerario Pre-pagados			
<input type="checkbox"/> Certificados de Deposito			
<input type="checkbox"/> Acciones o Bonos(Stocks/Bonds)			
<input type="checkbox"/> Otros recursos no listados			

¿Cuánto dinero reciben las personas de su unidad familiar como pago por su trabajo?

Incluya trabajo a tiempo completo, trabajo a medio tiempo, trabajo remunerado por día trabajado, trabajo temporal, programas de trabajo y estudio en la universidad o institución de educación superior y trabajo a cambio de propinas.

¿Alguien en su unidad familiar trabaja? Sí No

Nombre	Empleador (Nombre, Dirección, Teléfono)	**Fecha de inicio	Pago bruto (antes de impuestos)	¿Cada cuándo le pagan?	Ultimo Pago	¿Qué día le pagan?	**Horas por Semana	Días por semana

Por favor entregue comprobantes de ingresos del mes anterior. Ejemplo: Si ahora es el mes de Junio, entregue los comprobantes de Mayo. Usted puede entregar su solicitud ahora, aunque después entregue los comprobantes necesarios.

¿Alguien en su unidad familiar trabaja por cuenta propia? Sí No Si la respuesta es afirmativa, complete abajo.

Ejemplos de este tipo de trabajo son trabajos relacionados al cuidado de niños, ventas de productos Avon u otros productos, trabajos en agricultura, peluquería, trabajos relacionados a alquilar viviendas, trabajos de jardinería para otras personas, o trabajos ocasionales.

Nombre	**Fecha de Inicio	Nombre del Negocio	Tipo de Negocio	** Horas por semana	Ingreso Mensual Bruto	Gastos Mensuales

****Estas preguntas ayudan a identificar a personas adultas capaces de trabajar en su familia y que no tienen dependientes (ABAWD)**

¿Hay alguien preparándose para comenzar un nuevo empleo? Sí No Si la respuesta es afirmativa, complete:

Nombre	Empleador (Nombre, Dirección, Teléfono)	**Fecha de Inicio	Pago Bruto (Antes de Impuestos)	¿Cada cuánto le pagarán?	¿Fecha del primer pago?	¿Día de la semana en que se le paga?	**Horas por Semana	Días por Semana

¿Alguien ha dejado de trabajar durante los últimos 30 días? Sí No Si la respuesta es afirmativa, complete:

Nombre	Empleador (Nombre, Dirección, Teléfono)	**Fecha de Terminación	Ultimo día en que recibió pago	Pago Bruto en el ultimo pago	Razón de terminación de empleo

¿Alguna persona de su unidad familiar es trabajador agrícola migrante o temporal? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____ ¿En qué fecha comenzó a trabajar? _____

¿Dónde trabaja y cuál es el número de teléfono? _____

¿Está alguien de su unidad familia en huelga? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

¿Fecha del último día de trabajo? _____ ¿Dónde trabajó y cuál es el número de teléfono? _____

Trabajo Voluntario o Participación en Capacitación para Trabajar

** ¿Alguien hace trabajo voluntario o participa en un Programa de Capacitación para Trabajar?

Nombre	Sitio de Trabajo o Capacitación	Dirección del Sitio y Teléfono	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Horas por Semana

¿Cuánto dinero reciben las personas de su unidad familiar de otras fuentes?

Necesitamos saber cuánto dinero o cuáles cheques recibe que no provengan de su trabajo. Por favor marque todas las formas en las cuales obtiene dinero.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pagos por adopción, cuidado Foster o tutela de menores | <input type="checkbox"/> Seguro Social** |
| <input type="checkbox"/> Anualidades, pensiones o jubilación | <input type="checkbox"/> Ayuda Especial (SA, por sus siglas en inglés)** |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia (Alimony) | <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Complementario (SSI)** |
| <input type="checkbox"/> Manutención de menores pagada por el padre/madre o | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo** |
| <input type="checkbox"/> Manutención de menores pagada mediante la Corte | <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos de Guerra** |
| <input type="checkbox"/> Becas para educación** | <input type="checkbox"/> Programa Work First/TANF** |
| <input type="checkbox"/> Asignación militar | <input type="checkbox"/> Interés y dividendos. |
| <input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes que no sea un préstamo y no tenga que devolver | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral** |
| <input type="checkbox"/> Pagos por la venta de un activo (por ejemplo, un automóvil, una embarcación, una casa rodante o una casa) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad Privado** | <input type="checkbox"/> Mi unidad familiar no recibe dinero de ningún otro lugar |

****Estas preguntas ayudan a identificar a personas adultas capaces de trabajar en su familia y que no tienen dependientes (ABAWD)**

Para todos los ingresos marcados arriba, llene la tabla a continuación:

Tipo de dinero	¿Quién recibe el dinero?	¿Quién da el dinero?	Teléfono y dirección de la persona u organización que da el dinero	¿Cuánto?	¿Cada Cuándo?	Ultimo día en que recibió pago

¿Alguna parte del ingreso listado anteriormente es Child Support (Manutención Infantil)? Sí No Si la respuesta sí, ¿es este dinero ordenado por la corte? Sí No i la respuesta es sí, ¿Cuál es el número de orden de la corte? _____ Fecha que fue establecida _____ Cantidad Obligada _____

Por favor, infórmenos sobre los gastos de su unidad familiar

Por favor llene esta sección con todos los gastos que su unidad familiar tiene la responsabilidad de pagar.

Tipo de gasto	Nombre, dirección, teléfono de la empresa a la cual paga la factura	Monto facturado	¿Con qué frecuencia paga la factura?	¿Quién paga la factura?
Alquiler o Hipoteca				
Alquiler de terreno				
Impuestos sobre la propiedad (si no está incluido en la hipoteca)				
Seguro para propietarios (si no está incluido en la hipoteca)				
Cuotas de Asociación de Propietarios (Homeowners Dues)				

Marque los gastos por servicios públicos que su unidad familiar tiene la responsabilidad de pagar, aparte del pago de renta.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Gas natural/Gas licuado |
| <input type="checkbox"/> Agua y Drenaje | <input type="checkbox"/> Basura/Residuos |
| <input type="checkbox"/> Teléfono/Teléfono celular | <input type="checkbox"/> Excedente de servicios públicos (Viviendas Públicas) |

¿Nombre de la empresa telefónica? _____

¿Con que calienta su casa? _____

¿Con que refresca su casa? _____

¿Recibió un cheque del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIEAP, por sus siglas en inglés) en su dirección actual en los últimos 12 meses? Sí No

¿Recibe ayuda de la Sección 8 o de HUD? Sí No

Ayuda en el pago de facturas

¿Alguna agencia, organización o persona (incluyendo la Sección 8), externa a su unidad familiar, ayuda con el pago de alguno de sus gastos de alquiler o servicios públicos? Sí No Si la respuesta es afirmativa, complete:

¿Cuáles cuentas fueron pagadas?	Nombre, dirección, teléfono de la persona que pago la cuenta	¿Se le entrego el dinero a usted?	¿Cuánto Pagó?	¿Cada cuándo es el pago?	Fecha del último pago
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor, infórmenos sobre otros gastos

¿Alguien en su familia paga por cuidado de niños o de algún adulto discapacitado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto paga por gastos de transportación de la persona discapacitada? _____

¿A quien se cuida?	¿Quién Paga?	¿Nombre, dirección, teléfono de la persona que da el cuidado?	¿Cuánto paga?	¿Cada Cuándo?	¿Fecha de Inicio?	¿Por qué es Necesario el cuidado?	¿Fecha del último pago?	¿Horas por semana?

¿Alguna agencia, organización o persona (incluyendo su Agencia Local) fuera de su familia le ayuda a pagar por cuidado infantil?
 Sí No Si la respuesta es afirmativa, complete:

¿Cuáles cuentas se pagan?	Nombre, dirección y teléfono de la persona que paga la cuenta	Cantidad	¿Cada cuándo?	Fecha del último pago

Pago de Manutención Infantil (Child Support) Ordenado por la Corte

¿Paga su familia por manutención infantil por orden de la corte? Incluya pagos de Seguro de Salud ordenados por la corte.

Sí No Si la respuesta es afirmativa, complete:

¿Quién paga Child Support?	Nombre del niño	Nombre, dirección, teléfono de la persona que paga Child Support	Cantidad	Fecha de Inicio	¿Cada cuándo?	Fecha del último pago

Facturas por gastos médicos de personas discapacitadas o que tengan 60 años o más

(Una persona discapacitada usualmente recibe pagos por discapacidad por parte de alguna agencia de gobierno tal como: Seguro Social, Beneficios para Veteranos por una discapacidad del 100%, o Medicaid para personas discapacitadas).

¿Hay alguna persona de 60 años o está alguien discapacitado? Si No ¿Quién? _____

Fecha de inicio: _____ ¿Qué agencia determinó la discapacidad? _____

Si la respuesta es afirmativa, necesitamos saber acerca de las cuentas médicas que tiene que pagar. Las cuentas médicas incluyen, pero no están limitadas a:

Primas o copagos de seguro médico u hospitalario

Alimento y/o atención veterinaria para un animal de servicio adiestrado

Transporte y alojamiento para recibir tratamiento médico

Primas de Medicare

Cobros por honorarios médicos y hospitalares

Atención médica y dental.

Medicamentos recetados o de venta libre y suministros médicos; como por ejemplo, aspirina, suministros para diabéticos y anteojos

Alquiler y compra de equipos y suministros médicos

Anteojos recetados y lentes de contacto

Dentaduras postizas, audífonos y prótesis

Pagos a asistentes, proveedores de cuidados y enfermeros

Tipo de gasto	Fecha de inicio de este gasto	Nombre, dirección, teléfono y número de proveedor médico	Cantidad Pagada	¿Cada cuándo se pagó?	Fecha del último pago

¿Alguna agencia, organización o persona (incluyendo su Agencia Local) que es externa a su unidad familiar ayuda con el pago de cualquiera de sus facturas por gastos médicos? Sí No

¿Quién paga la factura? _____ ¿Qué factura paga? _____ ¿Cuánto paga por mes? _____

¿Quién paga la factura? _____ ¿Qué factura paga? _____ ¿Cuánto paga por mes? _____

Al firmar esta solicitud, declaro que:

1. He dicho la verdad en este formulario y no he mentado o escondido información para poder obtener beneficios que mi grupo familiar no debería de obtener.
2. Conozco las reglas de Servicios de Alimentos y Nutrición y lo que debo hacer para recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.
3. Acepto dar información sobre lo que dije para que mi solicitud pueda ser procesada. Sé que la información que dé podrá ser proporcionada a otras agencias Federales o Estatales para revisión oficial y a las autoridades para ayudar a aprender a personas que están huyendo de la ley.
4. Doy mi permiso para que la Agencia Local compruebe la información que he provisto con cualquier tercera persona, agencia o empresa. Otras personas, agencias o empresas incluyen, entre otros: empleadores, bancos, instituciones de ahorro y préstamos, arrendadores, etc.
5. Bajo pena de perjurio, he dicho la verdad en la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo información de ciudadanía e inmigración de las personas solicitantes.
6. Entiendo que mis gastos pueden ser usados para calcular el monto de mis beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. Si no he informado de algunos de mis gastos y los comprobantes, estos gastos pudieran no ser tomados en consideración para calcular el monto de mis beneficios.
7. He leído, entendido y recibido información sobre el programa y la forma de Derechos y Responsabilidades.
8. Tengo derecho a solicitar una audiencia si pienso que hay errores en mi caso. Tengo hasta 90 días calendario para solicitar una audiencia. Para tener una Audiencia tengo que solicitarla. Un miembro de su familia o un abogado, un amigo, o un familiar me puede representar en la audiencia.
9. **Estoy consciente de las penalidades por cometer violaciones intencionales en el programa.** Las personas a las que a través de una Audiencia Administrativa, la corte (Federal, Estatal o Local), se encuentre que hayan cometido violaciones intencionales al programa podrían ser inelegibles para poder volver a participar: **Por un periodo de doce meses la primera vez, por veinticuatro meses la segunda ocasión y permanentemente la tercera ocasión.**

Estoy consciente de las penalidades que conlleva el causar violaciones intencionales al programa.

Los individuos que sean encontrados de cometer violaciones intencionales al programa en una Audiencia de Descalificación Administrativa en una Corte Federal, Estatal o Local, no serán elegibles para participar en el Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición:

Por un periodo de doce meses por la primera violación intencional del programa, por veinticuatro meses por la segunda violación y permanentemente por la tercer violación.

Otras violaciones adicionales

- Si usted usa los beneficios del programa para comprar otras cosas que no son comida tal como alcohol, cigarros, o para pagar algunas cuentas de crédito. Perderá sus beneficios.
- Dar información falsa a sabiendas puede causar que sus beneficios de reduzcan, o que los tenga que reembolsar o podría ser sujeto a persecución criminal y que no pueda recibir beneficios por hasta veinticuatro meses.
- Si la corte le encuentra culpable de canjear beneficios por sustancias controladas puede perder sus beneficios hasta por dos años en la primera vez que esto suceda.
- Si la corte le encuentra culpable de comprar, vender o canjear beneficios por \$500 o mas, o por canjear beneficios por armas de fuego, tráfico de drogas, municiones o explosivos después de Agosto 22, 1996. Perderá sus beneficios para siempre.
- No se le darán beneficios por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o tratar de obtener beneficios en más de un grupo familiar al mismo tiempo. Esta falta sucede cuando da información falsa de quien en usted o donde vive.
- Si la corte le encuentra culpable por segunda vez de canjear beneficios por sustancias controladas perderá sus beneficios para siempre.
- Si usted intencionalmente transgrede los reglamentos no podrá recibir beneficios de una manera permanente y podría ser multado por hasta \$250,000 o/y encarcelado por hasta 20 años. Y podría ser inelegible para beneficios por 18 más meses si la corte lo ordena.
- Entiendo que la información que he dado para mi solicitud será verificada por oficiales Federales, Estatales y locales para determinar si la información es verdadera; si alguna información no es correcta, se me podrían negar los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición y pudiera ser perseguido criminalmente por proporcionar información incorrecta intencionalmente.

Primer Nombre		Inicial Segundo Nombre		Apellido	
Dirección Postal (Casa/Apartamento, #, Calle)			Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Celular	Numero para Mensaje	Compañía de Teléfono		Idioma
Su Firma o firma de su Representante Autorizado				Fecha	
Firma del Testigo (Si firmo con una X)				Fecha	
**AGENCY USE ONLY					
Firma del Trabajador del Caso		Fecha de Entrevista		<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Visita a la oficina

Para información relacionada con Prevención del Embarazo en Adolescentes, contacte a su Departamento de Salud local o llame al Centro de Servicio al Cliente del DHHS 1-800-662-7030. Para información de Matrimonios Saludables contacte a su Agencia Local.

Información del Programa. Derechos y Responsabilidades

Cambios que usted debe informar y cómo informarlos

1. El asistente social encargado de su caso le entregará un **Formulario de Informe de Cambios** para su familia y se lo explicará.
2. Esta forma le indicará los cambios que usted nos debe informar y cuando debe informar dichos cambios.
3. Cuando ocurra un cambio, llene el formulario y envíelo por correo. También puede llamar al asistente social encargado de su caso o venir personalmente a nuestra oficina para informar los cambios.
4. El asistente social encargado de su caso se comunicará con usted para verificar el cambio.

Información sobre Números de Seguro Social

1. Usted debe proporcionar el Número del Seguro Social (SSN) por cada persona solicitante de su familia. Si necesita ayuda para obtener un SSN, pida ayuda al asistente social encargado de su caso. **Sólo proporcionaremos Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición a las personas que proporcionen los Números de Seguro Social.**
2. Usaremos los Números de Seguro Social que usted nos proporcione para verificar la información que usted dio con otras agencias Estatales y Federales.

Información sobre Ciudadanía Estadounidense y Estado de Inmigración

1. Para recibir Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición debe ser ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero que reúna los requisitos. También debe satisfacer los requerimientos del Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición.
2. Usted debe presentar los documentos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (US Citizenship and Immigration Service, USCIS) de cada persona solicitante en su familia. **Sólo proporcionaremos Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición a las personas que reúnen los requisitos y nos proporcionen sus documentos legales de USCIS.** Las personas elegibles en la familia podrán recibir beneficios, aun si otros miembros de la familia no solicitan
3. Sólo nos pondremos en contacto con USCIS para verificar el estado de inmigración de las personas que nos proporcionan sus documentos de inmigración.

Reglas del Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición

Las siguientes reglas se aplican para recibir y usar los Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición:

1. **No** oculte, mienta, ni dé información incorrecta a propósito para obtener Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición.
2. **No** use los Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición para comprar artículos que no sean alimentos tales como bebidas alcohólicas o tabaco.
3. **No** trueque ni venda sus Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición.
4. **No** use los Beneficios Alimentos y Servicios de Nutrición de otra persona para su beneficio personal.
5. **No** use los Beneficios Alimentos y Servicios de Nutrición para beneficiar a otra persona.
6. **No** use los Beneficios Alimentos Servicios de Nutrición para pagar cualquier tipo de cuenta de crédito, aunque sea por artículos que reúnen los requisitos de Alimentos y Servicios de Nutrición, o para pagar por comida comprada a crédito.
7. **Colabore** con el personal estatal y federal en una revisión de Control de Calidad.

Sanciones por infringir las reglas del Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición

Si infringe intencionalmente alguna de las reglas mencionadas, es posible que no pueda obtener más Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición durante un año o de forma permanente y que se le sancione con una multa de hasta \$250,000 o con hasta veinte años de prisión, o ambos. También puede ser descalificado para recibir beneficios del programa y 18 meses adicionales si la corte lo ordena

Proporcionar información incorrecta también puede significar que reduzcamos sus beneficios o que deba reembolsar los beneficios recibidos.

Si un tribunal lo declara culpable de comprar, vender o intercambiar más de \$500 (después de Agosto 22, 1996) de Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición, puede perder los beneficios permanentemente.

Si un tribunal lo declara culpable de intercambiar Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición por armas de fuego, municiones o explosivos (después de Agosto 22, 1996), perderá los beneficios permanentemente.

Si un tribunal lo declara culpable de intercambiar Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez y para siempre la segunda vez.

Si lo encuentran culpable de recibir o intentar recibir Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición en más de una unidad familiar, no recibirá beneficios por 10 años. Se aplica esta sanción si usted proporciona información incorrecta sobre su identidad o sobre el lugar donde vive.

Información sobre audiencias

Tiene derecho a solicitar una Audiencia en persona, por teléfono o por escrito si usted piensa que hay errores en su caso. Tiene hasta 90 días calendario para solicitar su Audiencia. Si usted no solicita la Audiencia dentro de este término, usted perderá el derecho a la misma. Otra persona le puede representar en la Audiencia, tal como un miembro de su Grupo Familiar, un abogado, un amigo o un familiar. Consejo legal gratuito puede estar disponible, contacte la Oficina de Ayuda Legal de Carolina del Norte llamando al 10866-219-5262, en 224 South Dawson St. Raleigh, NC 27601, o por correo PO Box 26087 Raleigh, NC 27611.

Información sobre requerimientos de trabajo y capacitación

Algunas personas tienen que trabajar o asistir a capacitación para obtener Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición. Si este es su caso o el de otras personas de su unidad familiar, se lo comunicaremos. Deberá seguir las reglas de trabajo y capacitación para obtener los beneficios.

Verificamos lo que usted nos dice

Entiendo que la información que di, será verificada por funcionarios federales, estatales y locales para corroborar que sea verdadera. Si alguna parte de la información no es correcta, se le podrían negar los Beneficios de Alimentos y Servicios Nutrición; y podría ser sujeto a persecución criminal por dar información incorrecta intencionalmente.

Los procedimientos de elegibilidad observan estrictamente los reglamentos del programa. Los límites de tiempo y requerimientos de otros programas no afectan sus beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición. No se negarán los beneficios de este programa debido a que se le hayan negado beneficios en otros programas.

Estoy consciente de que mi información puede ser proporcionada a agencias federales o estatales para su revisión, y también a oficiales de la ley para ayudarles a capturar a personas que están huyendo de la ley.

Si recibe Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición y hay un reclamo en su contra, se proporcionarán sus respuestas y Números de Seguro Social a agencias Estatales, Federales y a Agencias Privadas de Cobro, para cobrar dicho sobrepago.

Debemos Obtener Información

Debemos solicitar información sobre raza y el origen étnico de las familias que participan en este programa. La información es voluntaria, ni su elegibilidad ni el monto de los Beneficios de Alimentos y Servicios de Nutrición se verá afectado si usted decide no proporcionar dicha información. Al dar esta información nos ayudará a asegurarnos de que los beneficios son distribuidos sin importar la raza, color o nación de origen (la información es usada con propósitos estadísticos).

Usted no será discriminado

De acuerdo a las leyes civiles federales, a las regulaciones y reglamentos de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), sus agencias, oficinas, empleados y otras instituciones que participan o administran programas del USDA, tienen prohibido discriminar sobre las bases de raza, color, nación de origen, edad, discapacidad, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, creencias políticas, o reprimir o (retaliation) por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o en actividades conducidas o financiadas por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren de formas alternativas de comunicación (ej. Braille, letras grandes, audio cintas, lenguaje de señas, etc.) para tener información sobre el programa, deben de contactar a la agencia estatal o local correspondiente. Las personas sordas, con problemas de audición, o con problemas del habla, pueden contactar a la USDA a través del Servicio Federal Relay, llamando al (800) 877-8339.

También se puede proporcionar información en otros lenguajes además del inglés.

Si desea presentar una queja por discriminación, complete la Forma del USDA (Departamento de Agricultura) que puede encontrar en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del U.S. Departamento de Agricultura, o llamado al (866) 632-9992 para solicitar la forma. También puede escribir una carta con toda la información necesaria y envíela a:

U.S. Departamento de Agricultura
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410

Fax (202) 690-7442

o correo electrónico program.intake@usda.gov.

Esta es una Institución de Igual Oportunidad

Obtenga ayuda para pagar su factura de teléfono

Si recibe beneficios o asistencia de SSI, Alimentos y Servicios de Nutrición, Medicaid, Sección 8 para Vivienda, o Beneficios de Pension para Veteranos o sus Sobrevivientes, usted pudiera ser elegible para un descuento en su servicio telefónico local.

El programa *Lifeline* permite que los beneficiarios reciban un monto de crédito en su factura de teléfono mensual.

El Programa *Link-Up* permite a los beneficiarios que son Nativos Americanos, que viven en tribus reconocidas por el gobierno federal, para que reciban descuentos a ser aplicados en el costo del servicio telefónico local.

Si está interesado en estos servicios, contacte su compañía de teléfonos y presente una solicitud.

¿Está usted registrado para votar en Carolina del Norte?

Registrarse para votar en Carolina del Norte es fácil. La ley estatal exige que los votantes se registren 25 días antes de una elección. Su Agencia Local puede ayudarle con sus trámites de registro. Si usted desea registrarse para votar, puede hacerlo en www.NCSBE.gov/nvra/01 o pida al asistente social encargado de su caso un formulario de registro de votantes. **El que se registre para votar o no, no afectara la cantidad de la asistencia proporcionada por esta agencia.** Si necesita ayuda para llenar la forma de Registro para Votar, le podemos ayudar. La decisión de aceptar la ayuda es suya. También puede llenar la forma de registro en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar, o su derecho de escoger algún partido político, u otra preferencia política; puede quejarse con La Junta de Elecciones de Carolina del Norte, PO Box 27255 Raleigh, NC 27611-7255, o llamando al 1-866-522-4723