



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

Los beneficios del programa de Servicios de Alimentos y Nutrición ayudan a que las unidades familiares puedan comprar alimentos que reúnen ciertos requisitos en tiendas autorizadas de venta de alimentos. Esto aumentará el poder adquisitivo de las unidades familiares de bajos ingresos en cuanto a compra de alimentos; de esta manera, ellos pueden consumir comidas más nutritivas.

¿Necesita un intérprete para que lo ayude a solicitar beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición?

Si usted necesita ayuda para solicitar beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición, se le puede otorgar los servicios gratuitos de un intérprete.

¿Quiere que un intérprete lo ayude? Sí No

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

Paso 1. Llene esta solicitud.



Si no puede llenar toda la solicitud hoy, por favor llene la parte inferior de esta página con su nombre, dirección y firma. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, consulte la página 2 o solicite ayuda al Departamento de Servicios Sociales (DSS) local.

Paso 2. Entregue la solicitud al DSS local lo antes posible.



Puede enviar la solicitud por correo, fax, o llevarla personalmente a la oficina local del DSS. La fecha en que recibimos su solicitud conteniendo su nombre, dirección y firma es también la fecha de inicio de su solicitud de beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. Si usted reúne los requisitos para recibir beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición en el mes en que presenta su solicitud, la cantidad de beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición que usted obtendrá por dicho mes depende de la fecha en la que usted presente su solicitud. Cuanto antes nos envíe esta solicitud, más rápido sabrá si usted puede obtener beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.

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 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.**

En su entrevista, usted deberá mostrarnos:

- Un comprobante de su identidad; por ejemplo, su licencia de conducir, su tarjeta de Seguro Social o sus documentos de extranjero;
- Un comprobante de su dirección (el estado de cuenta de su hipoteca o su contrato de alquiler, por ejemplo), comprobantes de los costos incurridos por cuidado de niños, comprobante del monto que usted paga por manutención de menores, y comprobante del dinero que percibió en los últimos 30 días, tales como talones de cheque o una carta de la oficina del Seguro Social. **Si no puede traer todo, venga de todos modos a la entrevista. Nosotros le ayudaremos.**

Cuéntenos sobre usted

Nombre (<i>Primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido</i>):		Estado civil:	Número de Seguro Social (<i>Si posee dicho número</i>):
Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma que habla:
Raza: (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígena americana o persona nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Persona nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico		Grupo étnico: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	Número de teléfono de la casa:
		Número de teléfono del trabajo:	Número de teléfono celular:
Dirección de domicilio:		<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i> <i>Código postal</i>
Dirección Postal (si es diferente):		<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i> <i>Código postal</i>
Firma:	Fecha:	Firma de un testigo: (<i>Si la firma es una "X"</i>)	

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



PREGUNTA

Si usted desea que alguien que no sea usted 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. Al hacer esta elección, esa 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 “Electronic Benefit Transfer Card”) es una tarjeta plástica que se utiliza en la 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 presente su solicitud conteniendo su nombre, dirección y firma. 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 Servicios de Alimentos y Nutrición 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 básicos de su unidad familiar son superiores a los ingresos mensuales brutos de su unidad familiar más el dinero en efectivo o en el banco que tengan, o
- Usted o un integrante de su unidad familiar es un trabajador agrícola migrante/de temporada (temporero).

¿Necesita ayuda para llenar este formulario?

Si usted necesita ayuda especial para llenar esta solicitud y durante el proceso de entrevista a fin de solicitar beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición, por favor, háganoslo saber para que podamos ayudarlo. **¿Necesita ayuda especial para completar esta solicitud o durante el proceso de entrevista?** Sí No

Infórmenos sobre las personas que componen su unidad familiar

1. 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	Fecha de Nacimiento	Edad	Número de Seguro Social (Si la persona posee este número)	Género/ Raza	Idioma materno	Gr upo étnico	¿Es ciudadano de EE.UU.? (Sí/No)
	Yo mismo							

2. **¿Todas las personas que componen su unidad familiar compran alimentos y cocinan en forma conjunta?** Sí No
Si la respuesta es "No", ¿quién compra alimentos en forma separada?

Nombre de la(s) persona(s) que compran en forma separada _____

3. **Infórmenos acerca de las personas que no nacieron en EE.UU.**

Nombre: _____ Documentación: _____ Ciudadano naturalizado: Sí No

Nombre: _____ Documentación: _____ Ciudadano naturalizado: Sí No

4. **¿Alguna persona en su unidad familiar posee una tarjeta EBT?** Sí No ¿Quién? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo la usó por última vez? _____ ¿En cuál estado? _____

5. **¿Alguien recibe beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición, cupones de alimentos, o beneficios de SNAP en este o en otro condado o estado?** Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____ ¿En cuál condado o estado? _____

6. **¿Alguien participa en un Programa de Distribución de Alimentos en una reservación indígena?**

Sí No

7. **Necesitamos información sobre las personas que componen su unidad familiar. ¿Alguna de las personas que es integrante de su unidad familiar está en una de las siguientes situaciones? Por favor, marque todas las opciones que correspondan.**

Alguien en su unidad familiar:

Es hijo acogido. ¿Quién? _____

¿Desea incluir a este hijo en el caso? Sí No

Está embarazada. Fecha de parto _____ ¿Quién? _____

Participa de un programa de tratamiento por consumo de drogas ilícitas/bebidas alcohólicas. ¿Quién? _____

Es persona que cuida a alguien en su unidad familiar (asistente de cuidados o asistente social) y vive en su casa. ¿Quién? _____

Es una persona que le paga alquiler a usted por una habitación. ¿Quién? _____

Le paga por alimentos y un lugar donde vivir. ¿Quién? _____

Ha sido descalificado del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición en Carolina del Norte o en otro estado. ¿Quién? _____

Está intentando eludir acción judicial por un delito grave o está huyendo de la fuerza pública. ¿Quién? _____

Está intentando eludir encarcelamiento tras una condena por delito grave. ¿Quién? _____

Está infringiendo las condiciones de libertad condicional o libertad vigilada. ¿Quién? _____

Está condenada por un delito grave relacionado con drogas ilícitas después del 22 de agosto, 1996. ¿Quién? _____

Es una persona que se declaró en quiebra. ¿Cuándo? _____ ¿Quién? _____

Está en la universidad o en un lugar de enseñanza superior (un instituto de artes y oficios/escuela vocacional/ instituto técnico, etc.), por lo menos durante media jornada. ¿Quién? _____

Ninguna de las situaciones anteriormente descritas se aplica a mi unidad familiar.

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Identity

Did you verify the applicant's identity? Yes No

Verification Source: _____

Residence

Did you verify residence for the household? Yes No

Verification Source: _____

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Enumeration

Did you verify enumeration for all FNS unit members? Yes No

Enumerated at Birth

DSS-8174 Date completed: _____

Refused to apply for or provide SSN? Who? _____

Citizenship/Immigration Status

Did you verify citizenship/immigration status for all FNS unit members? Yes No

Web-based SAVE verification completed Copies of USCIS documents attached

Alien Workbook Supplement completed for all non-citizens G-845 to USCIS (Copy attached)

Household Composition

Does applicant's statement verify household composition for all FNS unit members? Yes No

If questionable, verified by _____ Reason questionable: _____

Authorized Representative

Did the applicant request an Authorized Representative? Yes No

DSS-1688, Designation of Authorized Representative Completed/Attached/Verified

Date keyed in SLAR: _____

Disqualified Due to an Intentional Program Violation (IPV) / EPICS checked _____ (date)

Is anyone currently disqualified from FNS in N.C.? Yes No

Is anyone currently disqualified from FNS in another state? Yes No

State _____ Verified by: _____ on _____ (date)

Disqualified Person(s) Name(s): _____

Disqualification Period/Number of Disqualifications: _____

Disqualified Due to Fleeing Felon Status

Is anyone trying to avoid a felony prosecution? Yes No If yes, who? _____

Is anyone violating conditions of probation or parole? Yes No If yes, who? _____

Verification Source: _____ Date: _____

Disqualified Due to a Felony Drug Conviction

Has anyone been convicted of a drug related felony committed after August 22, 1996? Yes No

Name of Individual(s): _____ Date of conviction: _____

Was the felony committed in N.C.? Yes No If yes, class of felony? _____

If Class H or I: If no, name of other state? _____

Date of release from jail. _____ If never committed, date of conviction. _____

Has the individual complied with substance abuse treatment program requirements? Yes No

Is there a six-month disqualification period? Yes No If yes, from _____ to _____

Verification Source: _____ Date: _____

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Students

Is anyone in college or trade/vocational/technical school at least half-time? Yes No

Student Name(s): _____ Name of School: _____

EXEMPTIONS: A student must meet one of the exemptions below to be included.

- Age 17 or younger or age 50 or older;
- Physically or mentally disabled;
- Receives Work First Family Assistance;
- Working at least 20 hours weekly;
- Participates in federal or state work study program;
- Participating in an on-the-job training program;
- Responsible for care of a dependent child under age 6;
- Responsible for care of a dependent child over 5 and under 12 when adequate child care is unavailable;
- Assigned through WIA, a state or local Employment and Training Program, a program under Section 236 of the Trade Act of 1974 or a training program under the North American Free Trade Agreement Act (NAFTA);
- Full time student who is an only parent of a dependent under age 12; or

Is the student eligible to be included in the Food and Nutrition Services unit? Yes No

Ineligible Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWDS)

Is anyone an ineligible ABAWD? Yes No ****Complete the ABAWD Tracking Form for each ABAWD**

Ineligible ABAWDs Name(s): _____

Is your county an ABAWD Waiver/Exemption county? Yes No

If yes, when does the waiver/Exemption expire? _____

Is anyone disqualified for failure to comply with E&T, Work Registration, or Workfare? Yes No

Name _____ / DQ Period _____ 1st 2nd 3rd

Work Space:

¿Qué activos poseen las personas que integran su unidad familiar?

Los activos son artículos de valor que son de su propiedad; como por ejemplo, dinero en efectivo o cuentas bancarias.

8. Necesitamos conocer el valor de los activos de su unidad familiar. Por favor marque todos los activos que usted u otra persona en su unidad familiar posean.

- Dinero en efectivo
- Cuentas bancarias (cuenta corriente y/o cuenta de ahorros)
- Cuentas de jubilación
- Fondos mutuos o fondos fiduciarios
- Planes de sepelio prepagados
- Certificados de depósito (CD)
- Cuentas en cooperativas de crédito (cuenta corriente y/o cuenta de ahorros)
- Acciones o bonos
- Otros activos que no figuran en esta lista
- Mi unidad familiar no posee ninguno de los activos enumerados

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

Tipo de activo	Valor o monto de avalúo	¿A quién pertenece?	Nombre comercial y número de cuenta
1			
2			
3			
4			

9. ¿Alguien en su unidad familiar ha transferido activos en los últimos 3 meses con el fin de recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición? Sí No

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Has anyone transferred assets in the last 3 months in order to receive FNS? Yes No
 Name _____ Resource _____ Value \$ _____

Is the FNS unit Categorically Eligible? Yes No. If Yes, exclude all resources.
 If No, are there Categorically Eligible household members? Yes No. Exclude only the resources of the Categorically Eligible members; count the resources of all other Non-Categorically Eligible FNS unit members.

Resource Limit for Non-Categorically eligible FNS unit or individuals : \$2,000 \$3,000

Has anyone in the FNS unit filed for bankruptcy? Yes No
 Name of Individual(s): _____ Court Order Attached

Resources

Resource	Countable Yes/No	Countable Value	Verification Source	Date Verified
1				
2				
3				
4				
	Total			

Total Resources: _____

Work Space:

¿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.

10. ¿Alguien en su unidad familiar trabaja? Sí No

Nombre	Empleador	Fecha de inicio	Pago bruto (Pago antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia le pagan?	Día de pago
1				<input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	
2				<input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	
3				<input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	
4				<input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	

11. ¿Alguien en su unidad familiar trabaja por cuenta propia? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

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.

Fecha de inicio _____ Nombre de la empresa _____ Tipo de empresa _____

Ingresos brutos mensuales \$ _____ Gastos mensuales \$ _____

12. ¿Hay alguien preparándose para comenzar un nuevo empleo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

¿Dónde? _____ Fecha de inicio _____

Número de teléfono del empleador _____ ¿Con qué frecuencia le pagarán? _____

¿Cuántas horas de trabajo estarán incluidas en cada cheque de pago? _____

¿Cuál es el pago por cada hora? _____

¿Cuándo recibirá su primer cheque de pago? _____

13. ¿Alguien ha dejado de trabajar durante los últimos 60 días? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

¿Fecha del último día que trabajó? _____ ¿En qué fecha recibió el último cheque de pago? _____

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

¿Por qué motivo dejó de trabajar? _____

14. ¿Es alguna persona de su unidad familiar 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? _____

15. ¿Está alguien de su unidad familia en huelga? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

¿Fecha del último día trabajado? _____

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

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Has all earned income been verified? Yes No

Name	Verified Gross Income	How Often Paid?	Payday	Verified by	Income and Code
1		<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Sporadic <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tue <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thu <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> DSS-8113 <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> T/C to Employer <input type="checkbox"/> Other _____	
2		<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Sporadic <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tue <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thu <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> DSS-8113 <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> T/C to Employer <input type="checkbox"/> Other _____	
3		<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Sporadic <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tue <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thu <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> DSS-8113 <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> T/C to Employer <input type="checkbox"/> Other _____	
4		<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Sporadic <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tue <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thu <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> DSS-8113 <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> T/C to Employer <input type="checkbox"/> Other _____	

Work Space: You must show your calculations.

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Is anyone self-employed? Yes No If yes, who? _____

Type of Business _____

Gross Monthly Income \$ _____ Monthly Expenses \$ _____

Has anyone stopped working in the past 60 days? Yes No If yes, who? _____

Has anyone reduced their hours to less than 30 per week? Yes No

Is the person who quit or had hours/wages reduced exempt from VQ provisions? Yes No

Can good cause be established? Yes No Is anyone currently disqualified for VQ? Yes No

Date last pay received: _____ Last day worked: _____

Is anyone a migrant or seasonal farm worker? Yes No If yes, who? _____

Date started working? _____ Place working & phone number? _____

Is anyone on strike? Yes No If yes, who? _____

Last date worked? _____ Place worked & phone number? _____

Work Space:

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

16. 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, acogimiento o tutela de menores. | <input type="checkbox"/> Seguro privado para discapacidades. |
| <input type="checkbox"/> Anualidades, pensiones o jubilación. | <input type="checkbox"/> Seguro Social. |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia. | <input type="checkbox"/> Ayuda Especial (SA, por sus siglas en inglés). |
| <input type="checkbox"/> Manutención de menores pagada por el padre/madre. ¿Por cuántos hijos? _____ | <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Complementario (SSI). |
| <input type="checkbox"/> Manutención de menores pagada mediante la Corte. | <input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo. |
| <input type="checkbox"/> Becas para educación. | <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos de Guerra. |
| <input type="checkbox"/> Asignación militar. | <input type="checkbox"/> Programa Work First/TANF. |
| <input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes que no sea un préstamo y no tenga que devolver. | <input type="checkbox"/> Interés y dividendos. |
| <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"/> Indemnización laboral. |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Mi unidad familiar no recibe dinero de ningún otro lugar |

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 (Si se recibe de otra persona)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
1					
2					
3					
4					
5					

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Type of Money	Amount/Frequency	Verification Source
1		
2		
3		
4		
5		

Name: _____ Source of Income: _____ Verification: _____

Date Received: _____ Computation: _____

Countable Pro Rated or Deemed Income \$ _____

Por favor, infórmenos sobre las facturas que paga su unidad familiar

17. 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				
Alquiler de terreno				
Hipoteca				
Impuestos sobre la propiedad (si no está incluido en la hipoteca)				
Seguro para propietarios (si no está incluido en la hipoteca)				
Cuotas de mantenimiento				

Marque las casillas que se encuentran al lado de los gastos por servicios públicos que su unidad familiar tiene la responsabilidad de pagar.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Calefacción o refrigeración | <input type="checkbox"/> Gas natural/Gas licuado de petróleo |
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Agua/Alcantarillado |
| <input type="checkbox"/> Teléfono/Teléfono celular | <input type="checkbox"/> Excedente de servicios públicos (Viviendas Públicas) |
| ¿Nombre de la empresa telefónica? _____ | <input type="checkbox"/> Basura/residuos |

¿Qué tipo de energía usa para la calefacción de su vivienda? (Marque una opción)

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Queroseno | <input type="checkbox"/> Leña |
| <input type="checkbox"/> Gas licuado | <input type="checkbox"/> Carbón | <input type="checkbox"/> Aceite | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿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

18. ¿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, ¿le dan el dinero a usted? Sí No

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

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

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Shelter Expenses:

- | | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rent: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Lot Rent: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Mortgage: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Property Taxes: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Homeowner's Insurance: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Homeowner's Dues | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |

Computation:

Utility Expenses:

Was DSS-8168I, Lifeline/Link-up, form completed? Yes No

Which applies to this household?:

- SUA: Household has a heating or cooling expense or received LIEAP check at current residence within the past 12 months
 BUA: Household has at least two non-heating/non-cooling expenses
 TUA: Household has a telephone/cell phone expense
 None: Household has no utility expenses

Heating Source for LIEAP Vulnerability

Is the FNS unit subject to the rising cost of heat and has a heat source? Yes No

Is the residence a Private Living Arrangement with a heat source (even if utilities are included in rent)? Yes No

Is the residence Public Housing, but the household has paid an excess for heat in the past 12 months at the current address? Yes No

If the answer to one of the three questions above is 'yes', the household is vulnerable.

Heating Source:

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electricity | <input type="checkbox"/> Coal | <input type="checkbox"/> Natural Gas | <input type="checkbox"/> Kerosene |
| <input type="checkbox"/> Fuel Oil | <input type="checkbox"/> Wood | <input type="checkbox"/> LP Gas | |

Does the FNS unit receive help to pay shelter/utility expenses? Yes No

If yes, source/date/amount: _____

Por favor, infórmenos sobre otras facturas

19. Gastos por cuidado de niños o cuidado de adultos discapacitados

¿Usted o alguien en su unidad familiar paga por el cuidado de algún niño o alguna persona adulta discapacitada?

Sí No

¿Quién recibe el cuidado? _____ ¿Quién paga? _____ \$ _____ por _____

¿Quién recibe el cuidado? _____ ¿Quién paga? _____ \$ _____ por _____

¿Quién recibe el cuidado? _____ ¿Quién paga? _____ \$ _____ por _____

Nombre y número de teléfono de la persona a cargo del cuidado/niñera: _____

Gastos de transporte relacionados al cuidado de niños/adultos discapacitados \$ _____

20. Ayuda con el pago de facturas

¿Alguna agencia, organización o persona (incluyendo la Sección 8) externa a su unidad familiar ayuda con el pago de cualquier tipo de cuidado de niños? Sí No

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

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

21. Manutención de menores ordenada por orden judicial

¿Alguien de su unidad familiar paga manutención de menores por orden judicial para niños que viven en un lugar distinto a su vivienda? (Incluya pagos de seguro de salud por orden judicial) Sí No

¿Quién paga manutención de menores? _____ ¿Nombre del menor? _____ \$ _____ por _____

¿Quién paga manutención de menores? _____ ¿Nombre del menor? _____ \$ _____ por _____

¿Quién paga manutención de menores? _____ ¿Nombre del menor? _____ \$ _____ por _____

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

¿Tiene alguna persona 60 años o está alguien discapacitado? Sí No Una persona discapacitada generalmente recibe pagos por discapacidad de una agencia del gobierno; como por ejemplo, el Seguro Social, SSI, beneficios para veteranos por una discapacidad del 100%, o Medicaid para personas discapacitadas. Si la respuesta es afirmativa, necesitamos saber qué facturas por gastos médicos recibe usted o tiene la responsabilidad de pagar. Las facturas por gastos médicos incluyen, entre otros:

Primas o copagos de seguro médico u hospitalario

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

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

Alquiler y compra de equipos y suministros médicos

Transporte y alojamiento para recibir tratamiento médico

Anteojos recetados y lentes de contacto

Primas de Medicare

Dentaduras postizas, audífonos y prótesis

Facturas por honorarios médicos

Pagos a asistentes, acompañantes y enfermeros

Atención médica y odontológica

Facturas del hospital

Tipo de factura	¿Empresa o persona a quién se paga?	Monto pagado	Fecha de pago	¿Con qué frecuencia paga la factura?
				<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Cada tres meses
				<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Cada tres meses
				<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Cada tres meses
				<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Cada tres meses

23. Ayuda en el pago de facturas

¿Alguna agencia, organización o persona (incluyendo Servicios Sociales) 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? _____

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Does the FNS unit pay for childcare or disabled adult care? Yes No

Does the FNS unit have Child/disabled adult care transportation expenses? Yes No

Does the FNS unit receive child care assistance/subsidy? Yes No

Amount paid monthly: _____ Verification source: Receipt Telephone Call

Does the FNS unit pay court-ordered child support to a non-household member? Yes No

Amount paid monthly: _____ Verification source: ACTS Receipt Other

Additional Documentation:

Medical Deductions are allowed for Specified Persons only.

Is a Specified Person eligible for a medical expense deduction? Yes No

If yes, Who? _____, _____, _____

Does that person(s) have any medical expenses? Yes No

****Attach a completed DSS-8208, FNS Medical Expense Worksheet, with the allowable medical deduction.****

Allowable Medical Deduction: \$ _____

Additional Space for Documentation and Notes

Case Information

Did you remember to give and explain the following information to the applicant/recipient?

- Food and Nutrition Services Rights and Responsibilities
- Change Report Form DSS-8550
- Immigrant Access Notice Form DSS-8227**
- Notice of Information Needed to Complete Your FNS Application (DSS-8650)
- Life Line/Link Up Forms Phone Company: _____ **Accept** **Decline/Ineligible**
- DSS-1688, Designation of Authorized Representative
- Remove the Authorized Representative that is no longer valid
- Complete a **Food and Nutrition Services Referral Form DSS-2624** on appropriate household members?
- Complete a Work **Requirement** Responsibilities DSS-8640?

Does the household have a valid NC EBT Card? Yes No

If NO, was an EBT Card issued? Yes No

Additional Documentation:

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la Agencia

Applicants meeting Expedited Service standards are eligible to receive Food and Nutrition Services within 7 days. Households must complete and sign the DSS-8207, complete an interview, present themselves as eligible, and provide proof of identity before you approve benefits. Complete screening for all applications, reapplications and late recertifications. **If ineligible for FNS the first month, screen for the second month.**

Household's monthly countable gross income \$ _____
Subtract legally obligated child support -\$ _____
(paid by a household member to a non-household member) = \$ _____ Total Countable Income
Household cash/savings for all members: \$ _____ Total Liquid Resources

Is total countable income less than \$150, and liquid resources less than or equal to \$100? Yes No
If Yes, the household appears eligible, and identity is verified. Issue benefits immediately. If No, continue.

Household's monthly rent or mortgage amount: \$ _____
Appropriate utility Standard(SUA/BUA/TUA): + \$ _____
Total Monthly Shelter Expenses: = \$ _____ Total Shelter Expenses
Total of Countable Income and Liquid Resources: \$ _____

Do total monthly shelter costs exceed total monthly income and liquid resources? Yes No
If Yes, the household appears eligible, and identity is verified. Issue benefits immediately. If No, continue.

Is anyone in the household a migrant or seasonal farm worker? Yes No

If Yes, answer A. If No, do not continue.

A. Does the household have liquid resources less than or equal to \$100? Yes No

If Yes, answer B and C. If No, household is ineligible for expedited benefits.

B. Did the household's income stop prior to application? Yes No

C. Will anyone in the household receive \$25 or less in income from a new source within the next ten days? Yes No

If the answer to question A is Yes and B or C is YES, the household appears eligible, and identity is verified. Issue benefits immediately. If NO, the household is not eligible for expedited benefits.

7th Day: _____

I certify that I screened this applicant for Expedited Service and determined that the household is is not eligible for expedited benefits at this time. **Provide explanation if ineligible:** _____

Signature of Screener: _____ Date: _____

Approved on _____ **FNS Certification Period:** _____

Denied
Reason: _____

Pending
Reason: _____

Did you screen for expedited services and explain the screening process? Yes No

Is the FNS Unit eligible for expedited services in the first month? Yes No

Is the FNS Unit eligible for expedited services in the second month? Yes No

Approved for Expedited Services Yes No **Date benefits issued** _____

Caseworker's Signature: _____ **Date:** _____

Su firma y Declaración de Entendimiento



Al firmar esta solicitud, declaro que:

1. He dicho la verdad en este formulario.
2. Recibí un formulario de informe de cambios y comprendo los cambios que debo informar y cuándo debo informarlos.
3. Conozco las reglas de Servicios de Alimentos y Nutrición y lo que debo hacer para recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.
4. Acepto brindar información sobre lo que dije para que mi solicitud pueda ser procesada.
5. Doy mi permiso para que Servicios Sociales obtengan comprobantes de lo que dije de cualquier tercera persona, agencia o empresa. Otras personas, agencias o empresas incluyen, entre otros: empleadores, bancos, instituciones de ahorro y préstamos, arrendadores, etc.
6. Entiendo que mis gastos pueden ser utilizados para calcular el monto de beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición que recibiré. Si no les informo sobre algunos de mis gastos ni tampoco presento comprobantes, estos no podrán ser utilizados en el presupuesto para calcular el monto de mis beneficios.
7. He leído, comprendido y recibido las páginas 15 y 16 de este formulario, o se me ha explicado esta información.
8. Se me ha proporcionado información acerca de Servicios Financiados por TANF con relación a Prevención de Embarazos en Adolescentes y Matrimonios Saludables.

Firma	Fecha
Firma de un testigo (si la firma es una "X")	Fecha
Firma del asistente social y número de distrito	Fecha

Sólo para uso de la Agencia:

County Number:	Date Mailed:
Worker Number:	Date Received in Agency:
Case Number:	FSIS #
30 th Day	60 th Day
Comments	



Por favor, lea esta información

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 que informe sobre cambios en la situación de su unidad familiar y le explicará el contenido del mismo.
2. Este formulario le indicará todos los cambios de los cuales usted nos debe informar y cuándo debe informar dichos cambios.
3. Cuando ocurra un cambio, llene el formulario y envíenoslo por correo. También puede llamar al asistente social encargado de su caso o apersonarse a nuestra oficina para informar los cambios.
4. El asistente social encargado de su caso se comunicará con usted con respecto al cambio.

Información sobre números de Seguro Social

1. Usted decide si nos proporciona el Número del Seguro Social (SSN) de cada persona de su unidad familiar. Si necesita colaboración para obtener un SSN, pida ayuda al asistente social encargado de su caso. **Sólo proporcionaremos beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición a las personas que reúnen los requisitos y nos proporcionen sus Números de Seguro Social.**
2. Usaremos los Números de Seguro Social que usted nos proporciona para establecer coincidencias por computadora y comprobar lo que usted nos dijo con las agencias federales y estatales.

Información sobre ciudadanía estadounidense y estado de inmigración

1. Para recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos (EE. UU.) o un extranjero que reúne los requisitos. Usted también debe cumplir con otras reglas de Servicios de Alimentos y Nutrición.
2. Usted puede optar proporcionarnos los documentos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (US Citizenship and Immigration Service, USCIS) que utiliza cada persona de su unidad familiar. **Sólo proporcionaremos beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición a las personas que reúnen los requisitos y nos proporcionen sus documentos legales de USCIS.**
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 de Servicios de Alimentos y Nutrición

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

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

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

Si infringe intencionalmente alguna de las reglas mencionadas, es posible que no pueda obtener más beneficios de Servicios de Alimentos y 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.

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 de beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición, puede perder los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición permanentemente.

Si un tribunal lo declara culpable de intercambiar beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición por armas de fuego, municiones o explosivos, perderá dichos beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición permanentemente.

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

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

Información sobre audiencias

1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición, usted o la persona que lo está ayudando pueden solicitar una audiencia.
2. Puede llamarnos o escribirnos para solicitar la audiencia. Tiene hasta 90 días a partir de la fecha de la decisión para solicitar dicha audiencia.
3. Un amigo, pariente o abogado puede hablar en su representación durante su audiencia.

Información sobre reglas de trabajo y capacitación

Algunas personas tienen que trabajar o asistir a capacitación para obtener beneficios de Servicios de Alimentos y 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 beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Verificamos lo que usted nos dice

La información que usted nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y locales para cerciorarnos de que sea verdadera. Si alguna parte de la información que usted nos proporciona no es correcta, podemos negarle los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Si funcionarios de la fuerza pública se comunican con nosotros para obtener información que los ayude a apresar a las personas que están huyendo de la ley, les daremos su información.

Si recibe beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición en exceso, proporcionaremos sus respuestas a las agencias federales y estatales, y también a agencias privadas de cobro de deudas, para cobrar dicho sobrepago.

Debemos obtener información

Debemos obtener datos sobre la raza y el origen étnico de las unidades familiares que participan en este programa. La información es voluntaria; ni su elegibilidad ni el monto de los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición se verá afectado si usted decide no proporcionar dicha información.

Usted no será discriminado



De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), esta institución está prohibida de discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas, o discapacidad.

Para presentar una denuncia por discriminación, escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ó llame al (800) 795-3272 (teléfono de voz) o al (202) 720-6382 (Teléfono de texto). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Obtenga ayuda para pagar su factura de teléfono



Hay dos programas que pueden ayudarlo a pagar su factura de teléfono.

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

El Programa *Link-Up* brinda a los beneficiarios de Servicios de Alimentos y Nutrición un descuento a ser aplicado en el costo de la conexión al servicio telefónico local. Lo ayudaremos con estos servicios, a menos que usted nos diga que no desea ayuda.

¿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. El DSS puede ayudarlo con sus trámites de registro. Si usted desea registrarse para votar en Carolina del Norte, pida al asistente social encargado de su caso un formulario de registro de votantes, y si usted necesita ayuda, pídale colaboración con el llenado del formulario.