

## SOLICITUD PARA CUPONES DE ALIMENTOS

### Sección 1

Solicitante:

- Llene el formulario con bolígrafo.
- Llene el formulario con cuidado y honestidad.
- SI NO ESTÁ SEGURO DE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS, DEJE EL ESPACIO EN BLANCO.

Usted tiene derecho de  **someter**  una solicitud para cupones de alimentos de inmediato.

Démos:

- Su nombre.
- Dirección.
- Firma.
- Fecha de la firma.
- Si determinamos que usted es elegible, sus beneficios se pagarán a partir de esa fecha.

Si se envía su solicitud a la Agencia de Bienestar Social del condado por correo:

- Sus beneficios comienzan en la fecha en que fueron recibidos en la CWA.
- Cuando usted somete una solicitud, debe proveer toda la información que se requiere sobre su situación.
- Si usted es encontrado elegible, puede comenzar a recibir cupones de alimentos dentro de los próximos 30 días. (A partir de la fecha en que la Oficina de Cupones de Alimentos reciba su solicitud.)

1. Nombre del solicitante:

\_\_\_\_\_ Núm. Seg. Social \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido de soltera)

Dirección de residencia:  
(El lugar  *donde usted reside* )

\_\_\_\_\_  
(Número de la casa y calle o RFD) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección adonde se envía el correo:  
(Si es distinta de su dirección de residencia)

\_\_\_\_\_  
(Casilla postal, dirección o RFD) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono, por el día: ( ) \_\_\_\_\_

De noche: ( ) \_\_\_\_\_

2. Usted puede dejar que una(s) persona(s) fuera de su hogar:
- Solicite cupones de alimentos para usted.
  - Obtenga cupones de alimentos para usted.
  - O utilice su tarjeta de Families First para comprar comida para usted.

3. Para escoger a esa persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante autorizado	Dirección	Seguro Social (Opcional)	Número de teléfono

Firma del solicitante/beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### 4. CUPONES DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA

Usted puede recibir cupones de alimentos dentro de los próximos 7 días si:

- Su hogar tiene un ingreso muy limitado o no tiene ingreso en este momento. (Su *hogar* es usted y las personas que viven y comen con usted.)
- y usted somete una solicitud completa
- y somete la solicitud dentro del período de 7 días.

Usted puede conseguir cupones de alimentos de inmediato si:

- El ingreso de su hogar, dinero en efectivo y recursos son menos que su renta o hipoteca mensual y *servicios básicos* al mes. (Los *servicios básicos* son el gas, electricidad, agua y teléfono.)
- o su ingreso mensual bruto es menos de \$150
- o los *recursos* de su hogar son \$100 o menos. (Los *recursos* son el dinero que usted tiene en el banco o en efectivo. Su dinero en el banco puede ser una cuenta corriente o cuenta de ahorros.)
- o en su hogar hay trabajadores agrícolas inmigrantes o de temporada.

A. ¿Cuál es el ingreso total *de su hogar* este mes? \_\_\_\_\_

B. ¿Cuánto es el total de dinero en efectivo y los ahorros de su hogar? \_\_\_\_\_

C. ¿Cuánto paga usted en alquiler o hipoteca cada mes? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto paga usted en *servicios básicos* cada mes? \_\_\_\_\_

**¿Cuánto es el total del alquiler o hipoteca más los servicios básicos?** \_\_\_\_\_

5. ¿Es usted o alguna persona de su hogar

- un criminal prófugo? [ ] Sí [ ] No
- alguien que ha violado su libertad probatoria? [ ] Sí [ ] No
- alguien que ha violado su libertad condicional? [ ] Sí [ ] No

6. **Esta solicitud es para cupones de alimentos. A continuación le indicamos otros programas que podría solicitar. Los programas se ofrecen en la CWA. Marque los otros programas que desee solicitar.**

- ( ) Asistencia en efectivo                      ( ) Asistencia médica                      ( ) Reubicación de refugiados

**Si le niegan los servicios rápidos, pero cree que tiene derecho a ellos:**

- **Usted puede solicitar una conferencia con la Agencia de Bienestar Social del condado.**
- **La conferencia será en los 2 días laborales siguientes a la fecha de su solicitud.**

**El uso del número de su seguro social (SSN)**

Para someter su solicitud, usted **DEBERÁ** darnos su número de seguro social o solicitar uno. Esto se debe hacer de acuerdo con la ley pública P.L. 97-98.

**USAMOS LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL PARA:**

- Verificar que usted sea la persona que dice ser.
- Evitar que usted reciba más ayuda de la que tiene derecho.
- Cambiar la cantidad de la ayuda que coge.
- Verificar otros registros gubernamentales y de computadoras y asegurarse que usted sea elegible.

Verificamos su seguro social y los registros de empleo y de IRS.

Si los registros no coinciden con lo que usted dice, esto podría afectar

- Su elegibilidad.
- La cantidad de dinero en efectivo o cupones de alimentos que usted coge.

### **Información para personas que no son ciudadanas**

Usted puede obtener beneficios de cupones de alimentos para los miembros de su familia que son elegibles, *aunque tenga miembros de su familia que no son elegibles por su estatus de inmigración.*

*Ejemplo:*

Los padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de cupones de alimentos para sus hijos ciudadanos de Estados Unidos o hijos inmigrantes elegibles, *aunque los padres no sean elegibles.*

Puede haber algún miembro de su familia que no es elegible para los beneficios de cupones de alimentos por su estatus de inmigración. De ser así, no tiene que proporcionar información acerca de ellos. *No necesita darnos sus:*

- Datos sobre su estado de inmigración.
- Números de seguro social.
- O documentos.

*Sí* tiene que proporcionar sus

- *Pruebas de ingresos.*
- *Recursos.*

Usar los beneficios de cupones de alimentos:

- No afectará su estado de inmigración.
- No afectará el estado de inmigración de su familia.

La información de inmigración es:

- Privada.
- Confidencial.
- *Nos comunicaremos con el BCIS sólo para verificar el estatus del solicitante.*

### **Declaración de entendimiento/Advertencia de penalización**

Estoy solicitando asistencia.

Sé que la información que proporcione en esta solicitud puede ser verificada por:

- Agentes federales.
- Agentes estatales.
- Agentes locales.

La verificación va a determinar si su información es verdadera. Esto incluye una doble verificación computarizada con otras agencias.

Entiendo que si *proporcione información incorrecta de manera consciente:*

- Se me pueden reducir o negar los beneficios.
- Puedo estar sujeto a un proceso penal.
- Podría quedar descalificado del programa.

Estoy de acuerdo que la información que proporcione en este formulario puede ser verificada:

- Por la División de Desarrollo Familiar.
- Por la Agencia de Bienestar Social del Condado.
- Por Agencias Federales autorizadas.

*También se podría verificar la información que proporcione durante mi entrevista.*

Estoy de acuerdo que se puede obtener información de:

- Mis empleadores anteriores.
- Mis empleadores actuales.

*Esta información también está sujeta a revisiones del programa y a auditorías.*

A mi leal saber y entender, certifico bajo pena de perjurio:

- Que la información en este formulario es verdadera.
- Que el resto de la información proporcionada es verdadera. (La información dada a la oficina de Bienestar Social del Condado.)

Entiendo que se me puede procesar:

- Si proporciono información falsa.
- Si escondo información.

Información de la entrevista y segunda entrevista:

- Entiendo que el presupuesto refleja los gastos acerca de los que le informé.

*Los gastos que no se indiquen no se pondrán en el presupuesto para calcular la cantidad de mis cupones de alimentos.*

De conformidad con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de:

- Raza.
- Color.
- Origen nacional.
- Sexo.
- Edad.
- Religión.
- Creencias políticas.
- Incapacidad.

Para presentar una queja por discriminación escriba a:

USDA Director  
Office of Civil Rights  
Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Avenue SW  
Washington, DC 20250-9410

Teléf: (202) 720-5954 (línea telefónica y TDD para personas con problemas de audición)

USDA es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**S:\working\wfnjform\FSP-901s (Spanish).doc**