

 Solicitud de Asistencia Nutricional Suplementaria en Caso de Desastre (D-SNAP) HS-3259sp	SOLO PARA USO DE LA OFICINA	
	Fecha de la solicitud (mes/día/año):	
	Condado de residencia:	
	Condado de solicitud:	
	Período de autorización del caso de desastre:	Inicia:
		Finaliza:
	Empleado del Condado/Estado:	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí; Agencia: <input type="checkbox"/> No ID de RACF del Supervisor inspector:
RID (Número de identificación del beneficiario):	PAN (Número de cuenta primaria):	
Cabeza de familia	Modo de verificación:	Representante(s) autorizado(s)
Dirección domiciliaria permanente	Modo de verificación:	Dirección de residencia temporal
Ciudad, Estado y Código postal		Ciudad, Estado y Código postal
Dirección postal actual		Número de teléfono y/o número de contacto actual
Ciudad, Estado y Código postal		Nombre y número de teléfono del contacto secundario
Situación de la unidad familiar		
	Sí	Marque uno No
• ¿Es usted empleado estatal o del condado para el TNDHS?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• ¿Es usted participante de SNAP actualmente? <i>Si la respuesta es sí, indique el ESTADO _____ CONDADO _____</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• ¿Su unidad familiar vivía o trabajaba en el área del desastre en el momento del desastre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• ¿El desastre dañó o destruyó su casa o propiedad de empleo por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• ¿Su unidad familiar tiene otros gastos de bolsillo adicionales como resultado del desastre? <i>Si la respuesta es sí, importe: _____</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• ¿Su unidad familiar planea comprar alimentos antes de la finalización del período del desastre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• ¿El desastre retrasó, redujo o impidió los ingresos de su unidad familiar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• ¿Su unidad familiar tiene algún dinero en efectivo o dinero en cuentas de cheques o de ahorros a las que no puede acceder porque el banco está cerrado debido al desastre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>Indique TODOS los integrantes de su unidad familiar, incluido usted, que se vieron afectados por el desastre y que viven y comen con usted. SI DEBIDO AL DESASTRE SE ENCUENTRA VIVIENDO TEMPORALMENTE CON OTRA UNIDAD FAMILIAR, NO INCLUYA A LOS INTEGRANTES DE DICHA UNIDAD FAMILIAR. Indique la siguiente información para cada uno de los integrantes de la unidad familiar. Los solicitantes no están obligados a tener o dar un número de seguro social en esta solicitud a fin de tener derecho a recibir beneficios de DSNAP. Indique cualquier ingreso que los integrantes de su unidad familiar hayan recibido o esperen recibir mientras esté vigente el DSNAP.</p>		
(Período de beneficio de DSNAP _____).		

Nombre / Apellido	Fecha de nacimiento	Relación	Sexo	Raza	Etnicidad	Fuente de ingreso / Empleador	Importe mensual (neto)
		YO MISMO					

Recursos

Indique todo el efectivo al que su unidad familiar podrá tener acceso durante el período del desastre.

- ¿Su familia tiene una cuenta de cheques o ahorros y/o dinero en efectivo? Sí, quién _____ No

Si la respuesta es sí, marque el tipo e introduzca el importe que puede extraer durante el período del desastre:

Cuenta de cheques ____ Cuenta de ahorros ____ Dinero en efectivo ____ Otro (Seguro, FEMA, Efectivo, Obsequios, etc.) ____

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES

Si su unidad familiar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), tiene que observar las siguientes reglas. Cualquier integrante de su unidad familiar que incumple alguna de estas reglas a propósito puede estar sujeto a enjuiciamiento en virtud de las leyes federales. Esta solicitud está sujeta a inspección por las autoridades federales y estatales para asegurar que usted fuese elegible para ayuda debido a un desastre.

NO dé información falsa, ni oculte información, para obtener o continuar recibiendo beneficios de SNAP. NO utilice los beneficios de SNAP ni la documentación de autorización de otra unidad familiar para su unidad familiar. NO dé ni venda los beneficios de SNAP ni la documentación de autorización a ninguna persona que no esté autorizada para usarlos. NO utilice los beneficios de SNAP a fin de comprar artículos no autorizados como alcohol o tabaco. NO modifique ningún beneficio de SNAP o ninguna documentación de autorización a fin de obtener beneficios de SNAP que no tiene derecho a recibir.

Si su unidad familiar conoce alguna información necesaria y se niega a darla intencionalmente, no será elegible para recibir beneficios de SNAP. **Cuando sea entrevistado, debe mostrar su identificación** y puede que se exija que verifique su residencia y lugar de empleo en la zona del desastre en el momento del desastre, la composición de la unidad familiar y los gastos relacionados con el desastre. Es posible que tenga que verificar cualquier gasto cuestionable. Usted puede autorizar a alguien fuera de su unidad familiar para solicitar, recibir o utilizar sus beneficios de DSNAP.

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Entiendo las preguntas en esta solicitud y las sanciones por ocultar datos o suministrar información falsa. Mi unidad familiar necesita asistencia alimentaria inmediata como consecuencia del desastre. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he suministrado es correcta y está completa a mi leal saber y entender. Además, autorizo la divulgación de toda información necesaria para determinar la exactitud de mi certificación. Entiendo que, si no estoy de acuerdo con cualquier medida que se tome en mi caso, tengo derecho a solicitar oralmente o por escrito una audiencia imparcial.

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

Firma: _____

Fecha _____

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

(1.) correo:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

(2.) fax:

(833)-256-1665, o (202)-690-7442; o

(3.) correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Solo para uso de la oficina

Cálculo de elegibilidad/beneficios en caso de desastre

- | | |
|--|-------|
| 1. Efectivo o recursos accesibles (dinero en efectivo, cuenta de ahorros o de cheques) | _____ |
| 2. Ingresos (netos) recibidos o previstos durante el período de beneficio | _____ |
| 3. Total (1 y 2) | _____ |
| 4. Deducción por caso de desastre | _____ |
| 5. Ingreso ajustado (3 menos 4. Si 4 es mayor que 3, ingrese 0) | _____ |

Comparar el ingreso ajustado a los límites de ingresos por casos de desastre para el tamaño correspondiente de la unidad familiar. Si el ingreso ajustado es inferior o igual al límite, la unidad familiar es elegible. Si el ingreso ajustado es mayor que el límite, la unidad familiar no es elegible para recibir asistencia en caso de desastre.

Marque una de las siguientes opciones: APROBADO DENEGADO

AVISO DE ELEGIBILIDAD ENTREGADO SÍ NO

MOTIVO DE LA DENEGACIÓN: _____

TAMAÑO DE LA UNIDAD FAMILIAR: _____ IMPORTE DEL BENEFICIO: _____