



¿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 pueden consumir comidas más nutritivas.

¿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 déjenoslo saber para poder ayudarle.

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 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. El proveer el SSN es requerido para cada uno de los solicitantes de beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición. Solamente usaremos los SSN para verificar (por computadora) la información que nos proporcione con otras agencias estatales y federales. 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 especial para llenar esta solicitud, por favor, háganoslo saber para que podamos ayudarle. ¿Necesita ayuda especial para completar esta solicitud? Sí No

¿Necesita un Intérprete para Ayudarle con la Solicitud?

Se le pueden proporcionar los servicios de un interprete gratuitamente para ayudarle con su solicitud ¿Desea que le ayude un intérprete? Sí No

Díganos Acerca de su Familia

Nombre:			
_____	_____	_____	_____
Primer Nombre	Inicial Segundo Nombre	Apellido	Alias
Dirección		Cuando comenzó a vivir en este lugar: _____	
_____	_____	_____	_____
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal (Si es diferente de la anterior):			
_____	_____	_____	_____
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Idioma que habla y como le localizamos? _____			
_____	_____	_____	_____
Tel. Casa	Celular	Tel. Trabajo	Otro Teléfono
_____	_____	_____	_____
Firma	Fecha	Firma del Testigo (Si firma con una X)	

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

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. 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 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 obtendrá 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. 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 acelerados del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición	Cantidad
¿Cuál es el ingreso total bruto de su familia?	
¿Cuál es el monto total que tiene que pagar por Manutención Infantil (Child Support)?	
¿Cuánto dinero tiene en ahorros o en efectivo?	
¿Cuánto paga mensualmente de renta o de hipoteca?	
¿Cuánto paga por Servicios Públicos (Utilities) mensualmente?	
¿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	Fecha de Inicio de la Relación	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Sexo	Solicitante (Si/No)	Opcional Ciudadano (Si/No)	Opcional Hispano Latino (Si/No)	Opcional Raza. Vea Abajo
	Yo								

El Número de Seguro Social e Información de Ciudadanía no son necesarios para las personas que no son solicitantes.

Seleccione 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

¿Es usted un residente de (vive en) este estado? Sí No ¿Desde cuándo vive en Carolina del Norte? _____

¿Vive usted aquí permanentemente? o ¿temporalmente?

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 de Transición Hotel Institución

Instalaciones de Tratamiento Refugio para mujeres maltratadas y niños

Otro _____ ¿Desde cuándo vive en esta situación? _____

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

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

¿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? _____

¿Qué cantidad le fue dada? _____

¿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.

Alguien en mi familia es o esta:

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? _____

¿Rentándome 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 cometido después de Agosto 22, 1996? ¿Quién? _____

¿Se ha declarado en bancarrota? ¿Cuándo? _____ ¿Quién? _____

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

Nombre de la Universidad o Colegio Comunitario. _____

¿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. 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.

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			

Mi familia no tiene ninguno de los recursos listados.

¿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

¿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	Ingreso Mensual Bruto	Gastos Mensuales

Por favor entregue comprobantes de los impuestos del año anterior. Si no tiene los documentos de los impuestos, entregue comprobantes de ingresos y recibos de los gastos de los últimos 12 meses. Usted puede entregar su solicitud ahora, aunque después entregue los comprobantes necesarios.

¿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?	¿Qué día recibirá en primer pago?	¿Día de la semana en que se le pagará?	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 trabajado? _____

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

¿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"/> A 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 |

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 Cuánto?	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 Si la respuesta es sí, ¿Cuál es el numero 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.

- | | |
|--|---|
| <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? _____

¿Es usted el responsable de pagar por calefacción y refrigeración en su vivienda? Sí No

¿Con que calienta su casa?

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Queroseno | <input type="checkbox"/> Leña |
| <input type="checkbox"/> Gas LP | <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

¿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			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor, infórmenos sobre otros gastos de su unidad familiar

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

Si la respuesta es afirmativa, complete:

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

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

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 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? _____

Al firmar esta solicitud, declaro que:

1. He dicho la verdad en este formulario.
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.
4. Doy mi permiso para que Servicios Sociales 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. He dado información correcta 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.

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