



## Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte Solicitud de Beneficios del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición

### ¿Necesita un Intérprete para Ayudarle con la Solicitud de Servicios de Alimentos y Nutrición?

Por favor díganos si necesita asistencia porque no habla inglés o porque tiene alguna discapacidad. Hay asistencia de lenguaje gratuita y/o otras ayudas y servicios pueden estar disponibles cuando los solicite. Para recibir servicios de interpretación gratuitos, llame al 866-719-0141 o llame a su oficina local del Servicios Sociales marcando el \_\_\_\_\_ . Después de un mensaje grabado usted podrá contactar al operador que le proporcionará un intérprete. Si tiene una discapacidad y necesita asistencia con comunicación marque 866-719-0141 o TTY:711.

### ¿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 déjenos 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. También puede hacer su solicitud en línea en <https://epass.nc.gov>. 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 entrevistarla 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

Para cada persona que está haciendo la solicitud, debe proporcionar el Número de Seguro Social (SSI) y el Estatus de Ciudadanía o Inmigración. Si no desea contestar preguntas acerca del Número de Seguro Social o del Estatus de Ciudadanía o Inmigración, puede elegir el no hacer la solicitud. 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 que alguien solicite o use sus Beneficios 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 las 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 es residente en una institución y esta haciendo su solicitud para Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) y SNAP antes de dejar la institución, la fecha de su solicitud será la fecha cuando salga de la institución. 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?  |  |
| ¿Cuánto dinero tiene en ahorros o en efectivo?  |  |
| ¿Cuánto paga mensualmente de renta o de hipoteca?   |  |
| ¿Cuánto paga por Servicios Públicos (Utilities) mensualmente (Calefacción, Electricidad, Gas natural/Gas licuado, Agua y Drenaje, Basura/Residuos, Teléfono/Teléfono celular, y Excedente de servicios públicos (Viviendas Públicas)?                                 |  |
| ¿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?<br>b. ¿El dinero que recibió en el mes de la solicitud se terminó ayer?<br>c. ¿Recibirá menos de \$25 por parte de su empleador en los próximos 10 días?<br>d. ¿Tiene en efectivo, en ahorros, o en cheques, menos de \$100? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><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 de Servicios de Alimentos y Nutrición.

\*\*¿Está sin hogar y esto significa que no tiene un arreglo fijo y regular para dormir durante la noche?  Sí  No

| Nombre<br>(Primer nombre, inicial<br>del segundo nombre y<br>apellido) | Parentesco<br>o relación<br>con usted | Fecha<br>de<br>Nacimiento | Edad/<br>Sexo<br>M/F | Solicita<br>Beneficios<br>(Sí/No) | *Opcional<br>*Número<br>de Seguro<br>Social | *Opcional<br>Ciudadano<br>(Sí/No) | *Opcional<br>Hispano<br>Latino<br>(Sí/No) | **Opcional<br>Raza. | ¿Compran y<br>cocinan en<br>conjunto?<br>(Sí/No) |
|--|---------------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|---------------------|--|
| Yo   |                                       |                           |                      |                                   |   |                                   |   |                     |  |
|  |                                       |                           |                      |                                   |   |                                   |   |                     |  |
|  |                                       |                           |                      |                                   |   |                                   |   |                     |  |
|  |                                       |                           |                      |                                   |   |                                   |   |                     |  |
|  |                                       |                           |                      |                                   |   |                                   |   |                     |  |
|  |                                       |                           |                      |                                   |   |                                   |   |                     |  |

\*Número de Seguro Social y estatus migratorio NO son necesarios para los NO solicitantes.

\*La Elegibilidad o el nivel de beneficios no es afectado si la pregunta de etnicidad o raza no es contestada. El dar esta información asegurara que los beneficios del programa se dan sin importar raza, color o nación de origen (Esta información es usada con fines estadísticos). \*\*Raza: Escriba los números que se aplican y escribalos arriba: 1. Indígena estadounidense/Nativo de Alaska 2. Asiático 3. Afroamericano 4. Hawaiano/ Isleño 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? \_\_\_\_\_

¿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.

¿Hay algún miembro del hogar que sea indígena, indígena urbano o indígena de California? En caso afirmativo, ¿quién?  
¿Quién? \_\_\_\_\_

- |  |                       |               |
|--|-----------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> **Embarazada  | Fecha de Parto: _____ | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> **Está en algún programa de tratamiento de alcohol o drogas   |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> **Tiene algún servicio de cuidado para alguien en la familia  |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Rentando una habitación   |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pagándome por alimentos y un lugar para vivir   |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Descalificado para recibir estos beneficios por algún estado  |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Huyendo de la corte o la ley  |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tratando de evitar cárcel por algún crimen  |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Violando condiciones o requisitos de libertad condicional   |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> Convicta de un crimen de drogas o sustancias controladas cometido después de Agosto 22, 1996.<br>Estado en que se le encontró culpable _____ y fecha _____ ¿Quién? _____  |                       |               |
| <input type="checkbox"/> Convicta por recibir beneficios en dos estados después de Agosto 22, 1996<br>Estado en que se le encontró culpable _____ y fecha _____ ¿Quién? _____  |                       |               |
| <input type="checkbox"/> Convicta por canjear beneficios por armas, municiones o explosivos después de Agosto 22, 1996<br>Estado en que se le encontró culpable _____ y fecha _____ ¿Quién? _____  |                       |               |
| <input type="checkbox"/> Convicta por vender o comprar beneficios por más de \$500 después de Agosto 22, 1996. ¿Quién? _____   |                       |               |
| <input type="checkbox"/> ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar ha sido convicto (como adulto) de abuso sexual, asesinato, explotación sexual y otro tipo de abuso infantil, una ofensa Federal o Estatal que involucra asalto sexual, o una ofensa bajo ley estatal, determinada por el Fiscal General (Attorney General) ser sustancialmente similar, después de Febrero 7, 2014? ¿Quién? _____ |                       |               |
| <input type="checkbox"/> **En la Universidad o Colegio Comunitario al menos por medio tiempo   |                       | ¿Quién? _____ |
| Nombre de la Universidad o Colegio Comunitario. _____  |                       |               |
| <input type="checkbox"/> **Tiene alguna discapacidad física, mental o emocional que le impida trabajar   |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> **Opera una escuela en casa por al menos 30 horas a la semana   |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> **Tiene que cuidar de una persona deshabilitada (no tiene que vivir en casa)  |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> **Participa en un Programa de Empleo en un Refugio (Shelter) Oficial  |                       | ¿Quién? _____ |
| <input type="checkbox"/> **No puede trabajar debido a adicción a las drogas o alcohol  |                       | ¿Quién? _____ |

**\*\* Estas preguntas ayudan a identificar a Adultos Capaces de Trabajar sin Dependientes (ABAWD).**

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

Los activos son artículos de valor que son de su propiedad; 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

¿Alguien en su Grupo Familiar tiene alguno de los recursos listados abajo?  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                                    |                     |                         |                                       |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de 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"/> Ganancias de Lotería/Juegos de Azar                  |                     |                         |                                       |
| <input type="checkbox"/> Otros recursos no listados<br>(Ingresos por Interés) |                     |                         |                                       |

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

\*\* ¿Alguien en su unidad familiar trabaja?  Sí  No

Por favor proporcione adjunte comprobantes de todos los ingresos recibidos durante los últimos 30 días. Ejemplo: Si ahora es el mes de Junio, entregue los comprobantes de Mayo. Usted puede entregar su solicitud ahora, y entregar los comprobantes necesarios después. Incluya la información de trabajo de 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.

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

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

Por favor proporcione verificación con la declaración de impuestos del año pasado. Si no lo tiene, puede proporcionar recibos de ingresos y gastos por los pasados 12 meses. Si no tiene estos comprobantes ahora, puede entregar su solicitud y traer los comprobantes después. 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 Adultos Capaces de Trabajar sin Dependientes (ABAWD).**

¿Alguien va a comenzar un nuevo empleo o trabajo?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, complete:

| Nombre | Empleador (Nombre, Dirección, Teléfono) | **Fecha de Inicio | Pago Bruto (Antes de Impuestos) | ¿Cada cuándo 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 trabaja como voluntario o participa en un programa de capacitación para trabajar?  Sí  No Si la respuesta es si, complete el recuadro de abajo.: ¿Participas en More Than A Job NC?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿le gustaría que lo remitieran a More Than A Job NC para recibir ayuda con la búsqueda de empleo y/o capacitación educativa?  Sí  No

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

**\*\* Estas preguntas ayudan a identificar a Adultos Capaces de Trabajar sin 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? | Último 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 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? \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Hay algún miembro de su hogar, ya sea anciano o discapacitado, que haya recibido un cheque del Programa de Asistencia Energética para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP) en otro estado o en su residencia actual por un monto superior a \$20, durante el mes de la solicitud o en los 12 meses inmediatamente anteriores? En caso afirmativo, ¿quién?

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

**Ayuda con el pago de cuentas**

¿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 entregó 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 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

Medicamentos recetados o de venta libre y suministros médicos; 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

Cobros por honorarios médicos y hospitales

Pagos a asistentes, proveedores de cuidados y enfermeros

Atención médica y dental.

| 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 y no he mentido 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 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. Bajo pena de perjurio, usted ha proporcionado información verdadera 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. Tiene derecho a solicitar una audiencia si piensa que hay errores en su caso. Tiene 90 días calendario para solicitar una audiencia. Si quiere una audiencia tiene que solicitarla. Un miembro de su familia o un abogado, un amigo, o un familiar le puede representar en la audiencia.
9. Reportare ganancias de lotería o juegos de azar de \$4,500 o más. Entiendo que los miembros del grupo familiar perderán elegibilidad de Servicios de Alimentos y Nutrición.
10. **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.**

**Violaciones adicionales al programa:**

- . 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 que sea 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 más de \$500, 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 es 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.

**Registrándose para Votar**

Si usted no se ha registrado para votar en el lugar donde vive ahora, desearía registrarse ahora (debe ser ciudadano).

Sí  No SI USTED NO MARCO NINGUNA CASILLA SE CONSIDERA QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR.

Registrándose para votar en Carolina del Norte. Si desea registrarse para votar o actualizar su registro, puede completar la forma de registro en [www.ncsbe.gov/nvra/01](http://www.ncsbe.gov/nvra/01). Pídale a su trabajador del caso o a su Departamento de Servicios Sociales la forma de registro. **El registrarse o el declinar el derecho de registrarse, no afectará la cantidad de la asistencia proporcionada por esta agencia.** Si necesita ayuda para llenar la forma de registro, podemos ayudarle. La decisión de buscar a aceptar esta ayuda es de usted. Usted también puede llenar la forma en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar no, su derecho a privacidad está en decidir si se registra para votar, o su derecho se seleccionar su partido u otras preferencias políticas. Usted puede presentar una queja con la Barra Electoral del Estado de Carolina del Norte, PO Box 27255, Raleigh NC 27611-7255, o puede llamar al 1-866-522-4723 (número gratuito).

**Haga llegar su solicitud lo más pronto posible a su oficina local.** Puede enviarla por correo o por fax o traerla personalmente.

**Su firma o Firma del Representante Autorizado** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma de un testigo (Si firma con una X)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

|  |                        |                     |                      |               |
|--|------------------------|---------------------|----------------------|---------------|
| Primer Nombre                                  | Inicial Segundo Nombre | Apellido            |                      |               |
| Dirección Postal (Casa/Apartamento, #, Calle)  |                        | Ciudad              | Estado               | Código Postal |
| Teléfono                                       | Celular                | Número para Mensaje | Compañía de Teléfono | Idioma        |
| Dirección electrónica o Email (opcional) _____ |                        |                     |                      |               |

\*\*PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA\*\*

**Firma del Trabajador del Caso**

**Fecha de Entrevista**

**Teléfono**

**Visita a la oficina**

Para recibir información sobre la Iniciativa de Prevención de Embarazos en Adolescentes, comuníquese con su Departamento de Salud local o llame al centro de atención de EBT de Carolina del Norte al 1-866-719-0141. Para recibir información sobre el Programa Matrimonios Sanos comuníquese con su agencia local.

DSS-8207SP (Rev. 11-2025)

Servicios Económicos y Familiares

## 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 envíeno 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 de 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 Servicios de Alimentos y Nutrición debe ser ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero que reúne los requisitos. También debe satisfacer los requerimientos del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición.
2. Usted debe de 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 Servicios de Alimentos y 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 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, 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. Usted podría obtener asesoramiento legal gratuito poniéndose en contacto con la línea de ayuda principal al (866) 219-5262 o visitando el sitio web en legalaidnc.org.

## **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 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 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 proporcionará 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), las 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, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalia o represalias por actividades anteriores de derechos civiles. Las personas con discapacidades que requieren de formas alternativas de comunicación (ej. Braille, letras grandes, audio cintas, lenguaje de señales, 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 AD-3027 del USDA (Departamento de Agricultura) que puede encontrar en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, o en cualquier oficina del U.S. Departamento de Agricultura, o llamado al (833) 620-1071 para solicitar la forma. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Asistente Secretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles.

También puede escribir una carta con toda la información necesaria y envíela a:

## **NO ENVÍE POR CORREO O ENVÍE EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN AQUÍ**

### **1.mail:**

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

### **2.fax:**

(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

**3.email:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta es una Institución de Igual Oportunidad

## **NO ENVÍE POR CORREO O ENVÍE EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN AQUÍ**