

Estado de Alabama
Departamento de Recursos Humanos
Solicitud de Ayuda con los Alimentos

AGENCY USE ONLY:	
Expedite Screening: Entitled ____ Yes ____ No	Date Received
Screener Signature and Date _____	
FS Case Number _____	
Check digit ____ Processing standard _____	
Name _____	
IEVS Function _____ PA Case No. _____	
Appointment Date _____ Time _____	

Tiene derecho a presentar una solicitud el mismo día en que se comunica con la Oficina de Ayuda con los Alimentos. **Para presentar una solicitud, tiene que incluir únicamente su nombre, domicilio y firma, y entregar este formulario en la Oficina de Ayuda con los Alimentos del condado en donde vive.** Le haremos una entrevista para decidir si cumple con los requisitos para recibir ayuda. En caso de cumplirlos, recibirá beneficios desde la fecha en que recibimos su solicitud firmada.

SU NOMBRE (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento: (mes, día, año)		Número de seguro social ** (Aspirantes solamente)	
Dirección postal			Dirección física (si difiere del anterior)		
Número del caso de la ayuda alimentaria					
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	Teléfono (durante el día)	

Servicios urgentes

Es posible obtener beneficios de Ayuda con los Alimentos dentro de los 7 días calendario si los ingresos brutos mensuales en su hogar son inferiores a \$150 y los recursos líquidos (dinero en efectivo, cuenta corriente o cuenta de ahorros) son equivalentes a \$100 o menos; si el costo del alquiler/la hipoteca y los servicios públicos superan el total de los ingresos brutos mensuales y los recursos líquidos existentes en su hogar; o si un integrante de su hogar es trabajador agrícola temporal o migrante.

- ¿Cuánto dinero en efectivo o en una cuenta bancaria tienen los integrantes de su hogar? \$ _____
- ¿Cuál es el **total** de ingresos que espera recibir en su hogar este mes? _____
- ¿Cuál es el costo mensual **actual** del alquiler/la hipoteca? \$ _____ ¿Y de los servicios públicos, excepto el teléfono? \$ _____
- ¿Alguno de los integrantes de su hogar es trabajador agrícola temporal o migrante? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", responda a estas preguntas: ¿Dejó de recibir ingresos en su hogar recientemente? Sí No
 ¿Alguno de los integrantes de su hogar espera recibir ingresos de una nueva fuente este mes? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", indique la cantidad? _____

¿Usted o alguno de los integrantes de su hogar recibieron o esperan recibir este mes beneficios de Ayuda con los Alimentos de algún otro condado de Alabama o de algún otro estado? Sí ¿De dónde? _____ No

Alguno de los integrantes de su hogar recibió Ayuda con los Alimentos el mes pasado? Sí No

De acuerdo con la legislación federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar con motivo de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión o inclinaciones políticas. Para presentar un reclamo por discriminación, escriba a la siguiente dirección: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame sin cargo al (866) 632-9992 (voz). Las personas con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA mediante el Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un prestador y un empleador que promueve la igualdad de oportunidades.

Avisos de penalización, declaración de falso testimonio y firma

Cuando su hogar recibe beneficios de Ayuda con los Alimentos, usted debe cumplir con todas las reglas. Debe brindar información verdadera y completa sobre todas las personas que viven en su hogar y, si el trabajador lo solicita, debe proporcionar documentación que certifique sus dichos. Si alguno de los integrantes de su hogar incumple deliberadamente cualquiera de las reglas, puede ser privado del Programa de Ayuda con los Alimentos durante un año o, incluso, para siempre, puede ser obligado a pagar una multa de hasta \$250,000, puede ser encarcelado durante 20 años como máximo o ambas cosas. Además, puede ser enjuiciado conforme a otras leyes federales y estatales pertinentes. Existen también penas si se determina que alguno de los integrantes del hogar usa los beneficios de Ayuda con los Alimentos para comprar drogas ilegales o armas de fuego.

- ◆ No comercie ni venda los beneficios de Ayuda con los Alimentos ni las tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés).
- ◆ No utilice los beneficios de Ayuda con los Alimentos, el documento de identidad o la tarjeta de EBT pertenecientes a otra persona para su propio hogar.
- ◆ No proporcione datos falsos ni oculte información con el fin de seguir recibiendo beneficios de Ayuda con los Alimentos.

Certifico, bajo pena de falso testimonio, que mis respuestas a todas las preguntas sobre cada uno de los integrantes de mi hogar, incluso sobre la condición de ciudadano o extranjero, son correctas y completas.

Firma o marca (X) del integrante del hogar: _____ Fecha _____

Testigo (en caso de marca): _____ Fecha _____

Integrantes del hogar

INSTRUCCIONES: Por favor, complete con letra de imprenta clara. Enumerar por favor a cada uno que viva en su hogar y contestar a todas las preguntas para cada miembro del hogar que usted está pidiendo conseguir ventajas de la ayuda alimentaria. Responda a todas las preguntas por cada uno de los integrantes del hogar para los que solicita beneficios de Ayuda con los Alimentos. Tiene que proporcionar solamente los números de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) y los datos sobre la condición de ciudadano o extranjero de los integrantes del hogar para los que solicita beneficios de Ayuda con los Alimentos. Tendrá que proporcionar información, tal como los ingresos de los integrantes del hogar que no solicitan beneficios, a fin de determinar si las personas para las cuales los solicita cumplen con los requisitos necesarios para acceder a los beneficios. (Use otra hoja si no hay suficiente espacio a continuación.) Algunos de los documentos que debe presentar en la entrevista incluyen los siguientes: **documento que certifique la identidad (licencia de conducir, acta de nacimiento), comprobante de ingresos (talones de cheque, carta de adjudicación, declaración de manutención de menores, declaración firmada por la persona que le proporciona dinero) y comprobante de gastos (recibos de alquiler, hipoteca, impuesto sobre bienes inmuebles, prima del seguro de la vivienda, recibos de guardería, órdenes y recibos de provisión de atención médica infantil y facturas médicas correspondientes a integrantes del hogar discapacitados y ancianos). Si tiene gastos que no informa y/o que no prueba, no recibirá la deducción correspondiente a ese gasto.** Le diremos lo que necesitamos para concluir su solicitud durante la entrevista.

Nombre, inicial del segundo nombre y apellido	Número de seguro social** (SSN) (Aspirantes solamente)	Fecha de nacimiento: Mes Día Año	Vínculo con usted	¿Trabaja?	¿Estudia?	Sexo M/F	Etnia* Hispano/ latino o No hispano	Raza* Bianco Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico Amerindio o nativo de Alaska	¿Es ciudadano de EE. UU.?***
				Sí o No	Sí o No		HISP. NO H.	(Optativo)	(Optativo)
			Uno mismo						

* Proporcionar esta información es voluntario. Indique todas las razas que correspondan solamente si la persona solicita los beneficios. Sus beneficios no se verán afectados si no indica la etnia o la raza (en ese caso, el organismo responderá por usted). Si nos proporciona esa información, podremos asegurarnos de que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de la raza, el color o el origen nacional.

** Proporcionar el SSN de cada integrante del hogar es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el SSN de cada integrante del hogar, dicho integrante dejará de cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios.

*** Proporcionar información sobre la condición de ciudadano o extranjero es voluntario. Si no proporciona dicha información, los integrantes que correspondan dejarán de cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios.

Indique a continuación el nombre de las personas que viven con usted pero que no desea que se incluyan como integrantes de su hogar ya que no compran alimentos ni colaboran con la preparación. (Use otra hoja si no hay suficiente espacio aquí.)

Nombre	Edad	Vínculo con usted	¿Esta persona les proporciona dinero a usted o a alguno de los integrantes del hogar antes mencionados? Sí o NO. Si la respuesta es "Sí", ¿por qué?	¿Esta persona paga alguna porción de las cuentas del hogar? Sí o NO. Si la respuesta es "Sí", ¿por qué?

Representante autorizado

Puede designar a alguien que no integre su hogar para que lo represente, entregue la solicitud y concurra a la entrevista. La persona designada debe conocer en detalle la situación de su hogar para poder proporcionar toda la información necesaria para determinar si cumple con los requisitos para recibir cupones de alimentos. Sigue siendo responsable de la información que proporcione cualquier persona que se desempeñe como su representante autorizado, incluso la información que pueda ser incorrecta. Si desea designar a alguien para que lo represente, escriba el nombre aquí: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AYUDA CON LOS ALIMENTOS

Tiene derecho a que se procese su solicitud dentro de los **treinta días** independientemente de la raza, sexo, religión, origen nacional, edad, discapacidad o inclinación política. Tiene derecho a saber por qué se rechaza su solicitud o por qué se reducen o cancelan sus beneficios. Tiene derecho a solicitar una conferencia o una audiencia imparcial, en forma oral o escrita, si no está conforme con alguna de las decisiones tomadas por el departamento del condado. Tiene derecho a ser representado por cualquier persona que designe. Tiene derecho a evaluar el expediente de su caso sobre Ayuda con los Alimentos en relación con cualquier audiencia que se realice.

Tiene derecho a la **confidencialidad**. Se usará o revelará información en forma limitada y con determinados fines únicamente, conforme lo permiten las leyes y normas estatales y federales. También puede revelarse información a agentes del orden público a fin de apresar a personas que huyen de la ley.

La información proporcionada en relación con esta solicitud será controlada por funcionarios federales, estatales y locales con el propósito de determinar su veracidad. Si se determina que algún dato es falso o incorrecto, es posible que se rechacen los beneficios de Ayuda con los Alimentos y que el solicitante tenga que someterse a un **enjuiciamiento penal por brindar deliberadamente información incorrecta**. Toda persona autorizada para actuar en nombre del hogar puede ser privada de su participación como representante durante un año como máximo o puede ser obligada a pagar multas y/o ser enjuiciada si incumple deliberadamente cualquiera de las reglas.

Si surge un reclamo contra su hogar con motivo de la Ayuda con los Alimentos, es posible que la información de esta solicitud, incluidos todos los números de seguro social, se entregue a organismos federales y estatales, así como a organismos privados de cobranza para que tomen las medidas correspondientes.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: La obtención del número de seguro social (SSN) de cada uno de los integrantes del hogar está autorizada conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición del 2008 enmendada por la Ley Pública 96-58 (Código de los Estados Unidos 7, 2025F). El número de seguro social se usará en la administración del Programa de Ayuda con los Alimentos no solo para controlar la identidad de los integrantes del hogar y evitar la doble participación, sino también para facilitar la implementación de cambios. Su SSN también se utilizará para el cotejo de datos y para las auditorías o las revisiones del programa a fin de garantizar que su hogar cumpla con los requisitos para recibir Ayuda con los Alimentos. Como resultado, pueden surgir demandas administrativas penales o civiles en contra de las personas que participen de manera fraudulenta en el Programa de Ayuda con los Alimentos. **Proporcionar el SSN de cada integrante del hogar es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el SSN de cada integrante del hogar, dicho integrante dejará de cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios. De todas maneras, tendrá que proporcionar otra información, tal como los ingresos de ese integrante.**

VERIFICACIÓN: Es posible que tenga que presentar documentación que certifique los datos incluidos en su solicitud. En caso de que no tenga comprobantes, **puede solicitar la ayuda de su trabajador**. La información proporcionada en esta solicitud será controlada utilizando el Sistema de Verificación de Ingresos y Requisitos (IEVS, por sus siglas en inglés) del Estado, otros sistemas de cotejo de datos, revisiones del programa y auditorías. Esto incluye información, tal como recibo de beneficios del seguro social, beneficios por desempleo, ingresos diferidos como intereses y dividendos, y sueldos laborales. Cuando se detecten discrepancias, se puede verificar la información comunicándose con terceros, tales como empleadores, representantes de reclamos o instituciones financieras. Esta información puede afectar su situación en cuanto a los requisitos y su nivel de beneficios. Además, toda la información que se proporcione también puede ser controlada por otros Programas de Asistencia Federal y Programas Estatales que reciben Asistencia Federal, tales como almuerzo escolar, Ayuda Familiar y Medicaid. **Si proporciona deliberadamente información falsa, es posible que se tomen medidas legales o administrativas en su contra. Es posible que tenga que devolver los beneficios de Ayuda con los Alimentos que haya recibido y que no le correspondían.**

A algunos integrantes del hogar ancianos y/o discapacitados se les permite considerar determinados gastos médicos como una deducción cuando tales gastos se nos informan y se nos proporciona el comprobante correspondiente. Los gastos médicos permitidos incluyen gastos tales como los siguientes: medicamentos recetados; facturas de hospitales y asilos para ancianos; visitas al médico, al dentista o a cualquier otro prestador de atención médica; medicamentos de venta libre recetados por un médico; prima de Medicare; prima del seguro hospitalario; seguro para cobertura de medicamentos recetados; gastos de traslado a médicos, hospitales y farmacias, como el monto que se paga por el transporte o la cantidad de kilómetros viajados en su vehículo privado; equipos o aparatos médicos, como audífonos, sillas de rueda, prótesis, anteojos, lentes de contacto, dentaduras postizas, etc.; servicio de ayuda con las tareas domésticas y de asistencia domiciliaria; gastos de mascotas, como alimento para animales y atención veterinaria.

CONDICIÓN DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN: Solo los ciudadanos estadounidenses y los inmigrantes que cumplen con los requisitos pueden participar en el Programa de Ayuda con los Alimentos. Toda persona que viva en su hogar que no sea ciudadana ni extranjera con residencia permanente puede ser excluida de los integrantes de su hogar que solicitan ayuda. **Proporcionar información sobre la condición de ciudadano o extranjero es voluntario. Si no proporciona dicha información, los integrantes que correspondan dejarán de cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios. De todas maneras, tendrá que proporcionar otra información, tal como los ingresos de ese integrante.** La División de Ayuda con los Alimentos controlará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) la situación de todas las personas que no sean ciudadanas estadounidenses para las que usted solicita beneficios de Ayuda con los Alimentos. No inspeccionaremos a las personas que no sean ciudadanas estadounidenses y que usted decida no incluir entre los integrantes de su hogar que solicitan ayuda.

No cumplirá con los requisitos para acceder a los beneficios si se niega a colaborar con la finalización del proceso de solicitud o con los controles de requisitos subsiguientes, incluso con los controles que surjan de cambios informados o de recertificaciones o como parte de un Control de Calidad Estatal o Federal.

Su firma en la solicitud servirá de autorización para que los Revisores de Control de Calidad Estatales o Federales verifiquen la situación de su hogar con el fin de determinar si cumple con los requisitos para recibir ayuda con los alimentos.

Usted o cualquier integrante de su hogar pueden dejar de cumplir con los requisitos para recibir Ayuda con los Alimentos si no cooperan con los requisitos de inscripción para conseguir trabajo.

Usted o cualquier integrante de su hogar pueden dejar de cumplir con los requisitos para recibir beneficios si renuncian de manera voluntaria a un empleo o deciden trabajar menos horas sin causa justificada.

Su hogar no recibirá un aumento de los beneficios de Ayuda con los Alimentos si algún integrante del hogar incumple los requisitos de otro programa basado en los ingresos (verificación de ingresos) como la Ayuda Familiar.

No debe usar los beneficios de Ayuda con los Alimentos para comprar artículos que no están contemplados en el programa, tales como tabaco o bebidas alcohólicas.