

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE DISASTER FOODSHARE WISCONSIN

INSTRUCCIONES: Complete esta solicitud y envíela a la oficina local de la tribu o del condado. Si necesita más espacio, use otra hoja. No escriba en las áreas sombreadas. Se le exigirá presentar un comprobante de su identidad y de que su familia vivía o de que alguien de su familia trabajaba en el área del desastre en el momento del desastre. Se le puede pedir que presente comprobantes de los costos que tuvo que afrontar. Usted puede autorizar a alguien que no sea de su familia a solicitar ayuda de emergencia y a usar sus beneficios de FoodShare para ayudar a su familia.

Proporcionar o solicitar un Social Security Number (SSN) es voluntario; sin embargo, la persona que desee los beneficios de FoodShare pero que no proporcione un SSN ni solicite uno no podrá acceder a los beneficios. Los SSN y toda información que permita identificar a las personas serán usados solamente para la administración directa de FoodShare Wisconsin.

El SSN permite constatar su información mediante computadora contrastando sus datos con los registrados en organismos gubernamentales como el Servicio de Rentas Internas (IRS), la Administración de Seguro Social (SSA) y el Departamento de Desarrollo Laboral, así como con el Programa de Almuerzos Escolares. Los SSN también se usan para constatar la identidad de los integrantes de la familia y para verificar el ingreso de fuentes tales como empleadores, bancos y otros.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: PERÍODO DE AUTORIZACIÓN POR DESASTRE			
Begin date	End date	Application date	Number

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Verified	Representante autorizado
Domicilio permanente (Calle, Ciudad, Estado, Código postal) y número de teléfono	Verified	Domicilio temporal (Calle, Ciudad, Estado, Código postal) y número de teléfono

SECCIÓN II: SITUACIÓN FAMILIAR (Marque una casilla)

	Sí	No
1. ¿Su familia estaba viviendo en el área del desastre en el momento del desastre? Si la respuesta es afirmativa, responda las siguientes preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿El desastre causó daños o destruyó su casa o el lugar donde trabajaba por cuenta propia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿El desastre le causó a la familia gastos adicionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Durante la limpieza del desastre, ¿su familia necesitará comprar alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿El desastre retrasó, redujo o interrumpió la entrada de ingresos de su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Su familia tiene efectivo o dinero en cuentas corrientes o de ahorro, que no pueda extraer porque el banco está cerrado debido al desastre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Actualmente recibe beneficios de FoodShare o cupones de alimentos? Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué estado _____ y condado _____ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si sus alimentos fueron destruidos en el desastre, ¿cuál fue el importe en dólares que se perdió en comida? \$ _____		

SECCIÓN III: INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Mencione los integrantes de su familia, incluyéndose usted, que estaban viviendo y comiendo con usted en el momento del desastre. Mencione el Número de Seguro Social (SSN), la fecha de nacimiento, la fuente/tipo de ingreso y el ingreso neto de cada integrante de la familia. Mencione cualquier otro ingreso que los integrantes de su familia hayan recibido o esperen recibir del _____ al _____. **Nota:** Si está viviendo temporalmente con otra familia debido al desastre, no mencione a los integrantes de esa otra familia.

Nombre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Fuente / Tipo de ingreso	Cantidad
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE DISASTER FOODSHARE

F-16060 (07/08)

Página 2

APP**SECCIÓN IV: RECURSOS**

Mencione todo el efectivo que su familia puede conseguir durante este desastre. Incluya cuentas corrientes y de ahorro	Cantidad de cada recurso
--	--------------------------

SECCIÓN V: COSTOS RELACIONADOS CON EL DESASTRE

Respecto a cada punto que figura a continuación, mencione la cantidad que su familia ha pagado o espera pagar debido al desastre.

Nota: No incluya ningún costo que no se deba al desastre o que haya sido pagado o vaya a ser pagado por alguien que no sea de su familia.

Tipo de costo	Cantidad	Tipo de costo	Cantidad	Tipo de costo	Cantidad
Alimentos destruidos	\$	Mudanza y almacenamiento	\$	Reparación o reemplazo de artículos de la casa o del lugar donde trabajaba por cuenta propia	\$
Cuidado de dependientes	\$	Protección de la propiedad	\$		
Gastos fúnebres/médicos	\$	Refugio temporal	\$	Otros costos relacionados con el desastre	\$

SECCIÓN VI: CÓMPUTO DE REQUISITOS

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA			
1. Total anticipated income	\$	6. Maximum Income Limit	\$
2. Total accessible cash	\$	7. Eligible (5 is equal to or less than 6)	
3. Add 1 and 2	\$	8. Ineligible (5 is greater than 6)	
4. Total disaster expenses	\$		
5. Total available funds (Subtract 4 from 3)	\$		

SECCIÓN VII: SANCIONES RELACIONADAS CON FOODSHARE WISCONSIN

Cualquier miembro de la familia que viole intencionalmente cualquiera de las siguientes reglas puede ser privado de FoodShare Wisconsin durante 12 meses después de la primera violación, durante 24 meses después de la segunda violación o de la primera, si está relacionada con una sustancia controlada, y permanentemente después de la tercera violación.

- Dar información falsa u ocultar información para conseguir o continuar recibiendo beneficios de FoodShare,
- Intercambiar o vender beneficios de FoodShare,
- Usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos que no sean alimentos, como bebidas alcohólicas o tabaco, o
- Usar los beneficios, las tarjetas de identificación u otra documentación de FoodShare de otra persona.

Según el valor de los beneficios utilizados indebidamente, la persona también puede tener que pagar una multa de hasta \$250,000, ir a prisión durante 20 años, o ambas cosas. Un tribunal también puede excluir a la persona del programa durante 18 meses más. También quedará permanentemente excluido si es condenado por traficar beneficios de FoodShare de \$500 o más. Quedará inhabilitado para participar durante 10 años si es hallado culpable de efectuar declaraciones o manifestaciones fraudulentas con respecto a identidad y residencia a fin de recibir varios beneficios al mismo tiempo. Los fugitivos o violadores de libertad condicional/provisional bajo caución no pueden participar en el programa. La persona también puede estar sujeta a otras acciones judiciales en el marco de las leyes federales vigentes.

Las personas que intercambien (compre o vendan) beneficios de FoodShare por una sustancia controlada/droga ilegal serán excluidas de FoodShare Wisconsin durante un período de dos años después de la primera violación y permanentemente después de la segunda violación. Las personas que intercambien (compre o vendan) beneficios de FoodShare por armas de fuego, municiones o explosivos serán excluidas de FoodShare Wisconsin permanentemente.

SECCIÓN VIII: CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Comprendo las preguntas y las declaraciones de este formulario de solicitud. Comprendo las sanciones por dar información falsa e infringir las reglas. Certifico, bajo pena de perjurio o falso juramento, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluso la información proporcionada acerca del estatus de ciudadano de cada integrante de la familia que solicita beneficios. Comprendo y estoy de acuerdo en proporcionar documentos para demostrar lo que he dicho. Comprendo que el organismo local puede comunicarse con otras personas u organizaciones con el fin de comprobar si reúno los requisitos y determinar el nivel de beneficios al que tengo derecho.

Comprendo que si no estoy de acuerdo con alguna de las medidas tomadas en mi caso, tengo derecho a solicitar una audiencia imparcial verbalmente o por escrito. El USDA (Departamento de Agricultura de EE. UU.) prohíbe la discriminación en la administración de sus programas. Para presentar una queja, llame al (608) 266-9372 o al 1-888-701-1251 (TTY).

Si firma con una X, se exigirán dos testigos.

FIRMA: Solicitante / Representante autorizado	Fecha de la firma
TESTIGO (Obligatorio si el solicitante firma con una "X")	Fecha de la firma
TESTIGO (Obligatorio si el solicitante firma con una "X")	Fecha de la firma