



Iowa Department of Health and Human Services
Solicitud para reemplazar alimentos que están echados a perder

N.º de Caso

Para que se tenga en cuenta su solicitud, debe notificar la pérdida de alimentos en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que descubrió dicha pérdida. Además, para que se le restituya el costo de esos alimentos, un miembro del grupo familiar debe completar la parte de este formulario correspondiente a la Declaración del grupo familiar, incluida su firma, y devolverla a la oficina del Department of Health and Human Services (HHS) antes del _____. Puede realizar una estimación del costo asociado a su pérdida de alimentos.

Declaración del grupo familiar. Al firmar este formulario, afirmo que los alimentos que perdí los compré con los beneficios de SNAP, que quiero que el HHS restituya el costo de los alimentos, que sé y entiendo que existen sanciones por brindar información falsa, y que la siguiente información es verdadera:

- Fecha de la pérdida de mis alimentos: _____
- El monto de los alimentos que perdí asciende a: \$ _____
- La pérdida de alimentos se produjo porque: _____

Entiendo que la firma electrónica tiene el mismo efecto legal y que se puede hacer valer de la misma forma que una firma escrita. **Es importante que la letra sea clara.**

Nombre	Dirección
Número de teléfono	Correo electrónico
Firma del miembro del grupo familiar	Fecha de la firma

Decisión sobre la solicitud de reemplazo (para uso exclusivo del HHS)
--

Nombre de caso		Número de caso	
Asignación en el mes de la pérdida	Fecha de emisión	Asignación del mes anterior	Fecha de emisión
Fuentes utilizadas para verificar el evento y/o situación que provocó la pérdida de alimentos. Esto podría incluir, entre otros, sitios web, informaciones de prensa, informes de cortes de energía, etc.			

Para el reemplazo de los alimentos, el grupo familiar puede recibir como máximo el monto de beneficios que recibió, **ya sea**, el mes actual o el mes anterior. Si el grupo familiar informa que su pérdida fue superior a su asignación para cualquiera de esos dos meses, solo se le podrá restituir la asignación de un mes. Documente el monto de la emisión, incluido \$ 0. **El monto para el reemplazo no puede ser mayor que la cantidad que el grupo familiar reclama como pérdida.**

- Se aprueba el reemplazo de sus alimentos echados a perder el mes de _____.
El monto del reemplazo asciende a \$ _____.
- Se deniega su solicitud de reemplazo de alimentos echados a perder porque _____

Firma del empleado de HHS	Fecha de la firma
---------------------------	-------------------

Tiene derecho a apelar Una apelación es una solicitud de audiencia debido a que no está de acuerdo con una decisión tomada por el Iowa Department of Health and Human Services (HHS). Si no está de acuerdo con una decisión, tiene derecho a presentar una apelación. No tiene que pagar para presentar una apelación. [441 Iowa Administrative Code Chapter 7].

¿Cómo apelar? Para SNAP puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para apelar por escrito, puede hacer una de las siguientes acciones:

- Complete una apelación electrónicamente en <https://hhs.iowa.gov/programs/appeals>, o
- Escriba una carta en la que nos indique por qué cree que la decisión es incorrecta, o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del HHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación a HHS, Appeals Section, 321 E. 12th St., Des Moines, IA 50319-1002. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina del HHS de su condado.

¿Cuánto tiempo tengo para apelar? Para los casos de SNAP, tiene 90 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una apelación. Si presenta una apelación fuera del plazo de 90 días desde la fecha de la decisión, no podemos otorgarle una audiencia.

¿Puedo seguir recibiendo beneficios mientras mi apelación está pendiente? Podrá mantener sus beneficios hasta el final de la apelación o hasta el término del periodo de certificación si presenta una apelación dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de recibo del aviso. Un aviso se considera recibido 5 días calendario después de la fecha que aparece en el aviso. Es posible que tenga que devolver cualquier beneficio que reciba mientras se decide su apelación si la acción del HHS es correcta.

¿Cómo sabré si se me concedió una audiencia? Recibirá un aviso de audiencia que indicará la fecha y la hora de la audiencia telefónica programada. Si no se le concede una audiencia, recibirá una carta con la negativa. También le explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de no concederle una audiencia.

¿Puedo tener a alguien que me ayude en la audiencia? Usted u otra persona, como un amigo o pariente, puede explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del HHS. También puede tener un abogado para que lo ayude, pero el HHS no le pagará uno. La oficina del HHS de su condado puede entregarle información sobre los servicios legales existentes. El costo de los servicios legales dependerá de sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al 515-243-1193.

No será discriminado Es política del HHS de Iowa proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a los solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencias políticas o estatus de veterano.

Si usted cree que el HHS lo ha discriminado o acosado, envíe una carta en la que detalle su reclamo a: HHS, Bureau of Human Resources, 321 E. 12th St., Des Moines, IA 50319-1002 o por correo electrónico a inclusion@dhs.state.ia.us

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

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

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en:

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

1. correo postal:

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

2. fax:

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

3. correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.