

Solicitud de Disaster Food Assistance (Asistencia alimenticia por desastre)

(De conformidad con 7 CFR 280)

Consideraremos a todos los solicitantes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estatus de veterano de guerra.

DHS USE ONLY

Disaster period: to

Application date:

Regular case number:

Disaster case number:

INSTRUCCIONES: complete esta solicitud de manera veraz según su leal saber y entender. Si necesita ayuda para solicitar o utilizar Food Assistance, puede solicitar colaboración a otra persona para realizar dichas gestiones. Necesita demostrarnos su identidad. Si su documento de identificación se perdió en el desastre, avísenos. Es posible que deba demostrar que su grupo familiar vivía en el área siniestrada en el momento del desastre. Es posible que deba verificar que el desastre le ocasionó gastos. Si se niega a proveer la información solicitada por el trabajador, su grupo familiar no podrá recibir Food Assistance.

Su nombre

Número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted

Dirección de correo electrónico donde podamos comunicarnos con usted

Dirección domiciliaria, ciudad, código postal y condado

Dirección temporal, ciudad, código postal y condado (si fuese diferente)

PARTE A. INDIQUE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED EN ESTE MOMENTO

Complete la siguiente información sobre usted y las personas que normalmente viven y comen con usted. Incluya a su cónyuge e hijos menores de 22 años, si normalmente viven con usted, incluso si no comen juntos siempre. *No es necesario ser ciudadano o tener un número de Seguro Social para recibir Disaster Food Assistance. Si la cantidad de miembros del grupo familiar no alcanza en las líneas disponibles, informe al entrevistador.*

No incluya personas con quien se esté quedando de manera temporal debido al desastre.

Nombre/apellido de todas las personas que normalmente viven con usted

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Su nombre:

¿Alguna de las personas con las que vivía en el momento del desastre recibió beneficios regulares de Food Assistance el mes en que ocurrió el desastre? SÍ NO En caso AFIRMATIVO, indique quién:

PARTE B. INDIQUE LA SITUACIÓN DE SU GRUPO FAMILIAR

| | |
|--|----------|
| 1. ¿Su grupo familiar vivía en el área siniestrada cuando ocurrió el desastre? En caso AFIRMATIVO, continúe con la pregunta 2. En caso NEGATIVO, deténgase aquí No es elegible para recibir Disaster Food Assistance. | Sí No |
| 2. ¿Su grupo familiar comprará alimentos mientras se reparan los daños ocasionados por el desastre? En caso AFIRMATIVO, siga completando esta solicitud. En caso NEGATIVO, deténgase aquí No es elegible para recibir Disaster Food Assistance. | Sí No |
| 3. ¿Cuál fue la fecha exacta en que su grupo familiar experimentó una pérdida producto del desastre? | |
| 4. ¿Qué ocasionó las pérdidas? Explique. <i>(Ejemplo: una helada, una inundación, un corte de energía, la nieve)</i> | |
| 5. Si un corte de energía ocasionó pérdida de alimentos, ¿cuánto tiempo duró el corte de energía en su hogar? | |
| 6. ¿El desastre provocó que los ingresos de su grupo familiar se redujeran, detuvieran o retrasaran al menos dos semanas después de que ocurrió el desastre? | Sí No |
| 7. ¿El desastre dañó o destruyó su casa o propiedad utilizada en el empleo por cuenta propia? | Sí No |
| 8. ¿El desastre ocasionó gastos para el grupo familiar que no serán reembolsados en su totalidad por el seguro durante el período del desastre? Incluso si lo único que se perdió durante el desastre fueron alimentos, encierre en un círculo la opción SÍ. | Sí No |

PARTE C. INDIQUE LOS INGRESOS DE SU GRUPO FAMILIAR

Indique el salario y otros ingresos netos que cualquier miembro de su hogar haya recibido o recibirá durante el período de desastre de 30 días. Ejemplos de ingresos podrían ser el *salario por trabajo, el Seguro Social, la manutención de menores.*

No incluya personas con quien se esté quedando de manera temporal debido al desastre.

| ¿Qué tipo de ingresos? (p. ej., trabajo, Seguro Social) | ¿Quiénes reciben estos ingresos? | Indique las fechas en que se recibió o se recibirá el ingreso | ¿Qué cantidad? |
|---|----------------------------------|---|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| RESERVED FOR DHS USE ONLY | | | TOTAL INCOME: |

PARTE D. INDIQUE EL DINERO EN EFECTIVO QUE TIENE DISPONIBLE SU GRUPO FAMILIAR EN ESTE MOMENTO

Indique la totalidad del dinero en efectivo que tiene disponible su grupo familiar en este momento, incluido el dinero en el banco al que puede acceder de manera inmediata.

No incluya personas con quien se esté quedando de manera temporal debido al desastre.

| ¿Dónde se encuentra el dinero? | ¿De quién es el dinero? | ¿Qué cantidad? |
|---|------------------------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| 1. ¿Tiene cheques pendientes o retiros automáticos de dinero para deducir de los montos enumerados anteriormente? SÍ NO En caso afirmativo, incluya la cantidad. → | | |
| 2. ¿Alguno de los ingresos que enumeró en la Parte C está incluido en los montos que enumeró anteriormente? SÍ NO En caso afirmativo, incluya la cantidad. → | | |
| RESERVED FOR DHS USE ONLY | TOTAL OF QUESTIONS 1 AND 2: | TOTAL CASH: |

PARTE E. INDIQUE LOS GASTOS OCASIONADOS POR EL DESASTRE

¿El desastre le ocasionó a su grupo familiar alguno de los gastos que se indican a continuación? No incluya artículos que serán reembolsados por una compañía de seguros durante el período del desastre.

Total de gastos pagados o por pagar por parte del grupo familiar durante el período de desastre

Se indican ejemplos luego de los gastos.

| | |
|--|---------------|
| Alimentos destruidos o en mal estado (<i>frigorífico, congelador, alacena</i>) | |
| Gastos incurridos para proteger la propiedad durante la fase de limpieza del desastre (<i>madera, lonas, sacos de arena, bomba de sumidero, alquiler de equipos</i>) | |
| Gastos de limpieza (<i>lejía, limpiador antibacterial, trapeadores, palas, alquiler de equipo</i>) | |
| Gastos por concepto de refugio fuera del hogar (<i>hotel, camping</i>) | |
| Gastos por reemplazo de artículos personales (<i>ropa, ropa de cama, artículos de higiene, zapatos, juguetes</i>) | |
| Gastos de mudanza y almacenamiento (<i>alquiler de camiones de mudanza, alquiler de almacenamiento</i>) | |
| Gastos por reparación o reemplazo de vehículos | |
| Gastos para reparar o reemplazar artículos para el hogar o propiedad para el trabajo por cuenta propia (<i>lavadora/secadora, camas, alfombra, horno, A/C, muebles, calentador de agua, TV, pintura</i>) | |
| Gastos de cuidado infantil producto del desastre | |
| Gastos de albergue de mascotas | |
| Gastos médicos y funerarios debidos al desastre. | |
| Otros gastos relacionados con el desastre (<i>indíquenos qué tipo de gasto a continuación</i>) | |
| RESERVED FOR DHS USE ONLY | TOTAL: |

PARTE F. AVISO DE PENALIDAD

Si se aprueba el beneficio de Disaster Food Assistance para su grupo familiar, deben cumplir las reglas que se indican a continuación. Es posible que esta solicitud se revise más adelante para confirmar de que su grupo familiar es elegible para Disaster Food Assistance. Las reglas son:

- **NO** provea información falsa ni oculte información para obtener Food Assistance.
- **NO** use los beneficios de Food Assistance para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o tabaco.
- **NO** intercambie, ni venda ni regale sus tarjetas EBT.

Cualquier persona que viole las reglas indicadas anteriormente:

- No podrá obtener beneficios de Food Assistance por un año si es la primera vez, dos años si es la segunda vez y nunca más si es la tercera vez;
- Podría recibir una multa de hasta \$250,000 o ir a prisión hasta 20 años o ambas cosas; y
- Podría ser suspendido del Programa de Food Assistance por 18 meses adicionales, si la Corte así lo determina. Si la Corte lo declara culpable de comprar, vender o intercambiar más de \$500 en beneficios de Food Assistance, es posible que nunca más pueda recibir beneficios de Food Assistance. Si la Corte lo declara culpable de intercambiar beneficios de Food Assistance por armas de fuego, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si la Corte lo declara culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá los beneficios por dos años la primera vez y para siempre en caso que ocurra una segunda vez. No recibirá Food Assistance durante 10 años si son encontrados culpables de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un grupo familiar a la vez. Esta sanción se produce si entrega información incorrecta sobre usted o el lugar donde vive.

Entregar información errónea de manera intencional podría significar que tomemos acciones legales, criminales o civiles, contra usted. También podría significar que tenga que devolver la asistencia.

PARTE G. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Entiendo las preguntas de esta solicitud y las sanciones por ocultar información o proveer datos falsos. Mi grupo familiar necesita Food Assistance debido al desastre. Entiendo que no tengo la obligación de proveer los números de Seguro Social de mi grupo familiar para recibir Disaster Food Assistance. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es correcta y completa según mi leal saber y entender. También autorizo la revelación de cualquier información necesaria para determinar la exactitud de mi certificación. Entiendo que si no estoy de acuerdo con alguna acción tomada en mi caso, tengo derecho a solicitar de manera verbal o escrita una audiencia imparcial.

Firma del solicitante o testigo (si el solicitante firmó con una X)

Fecha

PART H. DOCUMENTATION AND ELIGIBILITY COMPUTATION SECTION

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------|------|-----------|---------------|------|-----------|--|--|--|
| Step 1. Did the household live in the disaster area during the FEMA incident period? | Yes – Continue to Step 2. No – HH is ineligible. | | | | | | | | | |
| Step 2. Did the household have an adverse affect caused by the disaster? | Yes – Continue to Step 3. No – HH is ineligible. | | | | | | | | | |
| Step 3. Determine the household's available funds: <ol style="list-style-type: none"> 1. Total from Part C. (Net income received or anticipated to be received during the certification period. The certification period isn't a calendar month. It's 30 days. See top right of Page 1 for specific dates.) 2. Total from Part D. (Total <u>available</u> liquid assets at the <u>time of interview minus any amounts clients listed in questions 1 and 2.</u>) 3. Add 1 and 2. (Total of allowable income and assets.) 4. Total from Part E. (Total allowable disaster expenses.) 5. Subtract 4 from 3. (Countable total.) 6. Disaster limit for their household size. 7. Compare 6 to 5: <ul style="list-style-type: none"> • If 5 is equal to or less than 6, the household is ELIGIBLE. • If 5 is greater than 6, the household is INELIGIBLE. | 1. \$ _____ 2. \$ _____ 3. \$ _____ 4. \$ _____ 5. \$ _____ 6. \$ _____ | | | | | | | | | |
| Household is: ELIGIBLE INELIGIBLE Household size of _____ Verification of identity: DL Collateral Contact Other _____ If verification was waived, why? _____ | If referred to DIA, reason household referred: | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Interviewer name</td> <td style="width:33%;">Worker number</td> <td style="width:33%;">Date</td> </tr> <tr> <td>Processor</td> <td>Worker number</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Vault PAN</td> </tr> </table> | Interviewer name | Worker number | Date | Processor | Worker number | Date | Vault PAN | | | DIA suggests HH is: ELIGIBLE INELIGIBLE |
| Interviewer name | Worker number | Date | | | | | | | | |
| Processor | Worker number | Date | | | | | | | | |
| Vault PAN | | | | | | | | | | |
| Notes: | Reason: | | | | | | | | | |

Usted tiene derecho a apelar

¿Qué es una apelación?

Una **apelación** es una solicitud de audiencia debido a que usted no está de acuerdo con una decisión tomada por el Department of Human Services (DHS). Si no está de acuerdo con la decisión, usted tiene derecho a presentar una apelación. No tiene que pagar para presentar una apelación. [Código Administrativo de Iowa 441, Capítulo 7].

¿Cómo apelar?

Presentar una apelación es fácil. En lo relativo a Food Assistance (Asistencia de Alimentos), puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para apelar por escrito, lleve a cabo **una** de las siguientes acciones:

- Complete una apelación electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o bien
- Escriba una carta para decirnos por qué cree que la decisión es errónea, o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del DHS de su condado.

Envíe el formulario de apelación por correo o llévelo personalmente al Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina del DHS de su condado.

¿Cuánto tiempo tengo para apelar? Para los casos de Asistencia de Alimentos o Medicaid tiene 90 días calendario, a partir de la fecha de la decisión, para presentar una apelación. Para todos los demás programas, debe presentar una apelación en un plazo no mayor a 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión o antes de la fecha en que la decisión entre en vigor

Si presenta la apelación después de 30 días, pero todavía dentro de los 90 días calendario después de la decisión, deberá explicarnos el motivo del retraso de su apelación. Si tiene un motivo justificado para haber presentado su apelación tarde, decidiremos si puede tener una audiencia. Si presenta la apelación fuera del plazo de 90 días después de la decisión, no podemos darle 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. Una notificación se considera recibida 5 días calendario después de la fecha que aparece en la notificación. Cualquier beneficio que obtenga mientras se decide su apelación tendrá que ser devuelto si se ratifica que la acción del Departamento es correcta.

¿Cómo sabré si obtengo una audiencia?

Recibirá una notificación de audiencia que indicará la fecha y la hora de la audiencia telefónica programada. Si no obtiene una audiencia recibirá una carta con la negativa. La carta explicará las razones por las que no pudo obtener la audiencia. También explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión negativa de su 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 Departamento. También puede traer a su propio abogado, pero el Departamento no pagará por ello. La oficina de DHS de su condado puede darle 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 243-1193.

Política con respecto a discriminación, acoso, acción afirmativa e igualdad de oportunidades en el empleo

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen en los programas del USDA, o que administren los mismos, tienen estrictamente prohibido discriminar en función de raza, color, país de origen, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, convicciones políticas, o tomar venganza o represalias por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.), deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades de audición o del habla pueden contactar al USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede entregar en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, complete [Formulario de quejas por discriminación del programa del USDA](#), (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA por:

Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410;

fax: (202) 690-7442; o
correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.