



Solicitud para Servicios de Alimentos y Nutrición

¿Qué son los Servicios de Alimentos y Nutrición?

Los Servicios de Alimentos y Nutrición ayudan a las familias a comprar alimentos en tiendas de alimentos minoristas autorizadas. Esto aumenta el poder de compra de alimentos de las familias y, de este modo, pueden disfrutar de comidas más nutritivas.

¿Necesita un intérprete para que lo ayude a solicitar los Servicios de Alimentos y Nutrición?

An interpreter can be provided, free of charge, if you need assistance in applying for Food and Nutrition Services. Would you like an interpreter to assist you? Yes No

Si usted necesita ayuda al solicitar los beneficios de Cupones de Alimentos, se le puede otorgar los servicios gratuitos de un intérprete, ¿ Quisiera que un intérprete lo ayude? Sí No

¿Cómo solicito los Servicios de Alimentos y Nutrición?

Paso 1. Complete esta solicitud.



Si no puede completar toda la solicitud hoy, complete la parte inferior de esta página con su nombre, dirección y firma. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, consulte la página 2 o solicite ayuda al Departamento de Servicios Sociales (DSS) de su localidad.

Paso 2. Entregue la solicitud al DSS de su localidad lo antes posible.



Puede enviar la solicitud por correo, por fax o llevarla personalmente a la oficina local del DSS. La fecha en que recibimos su solicitud con su nombre, dirección y firma es también la fecha de inicio de su solicitud de Servicios de Alimentos y Nutrición. Si usted reúne los requisitos para Servicios de Alimentos y Nutrición el mes en que presenta la solicitud, la cantidad de Servicios de Alimentos y Nutrición que recibirá para dicho mes depende de la fecha en que presente su solicitud. Cuanto antes nos envíe la solicitud, más rápido sabrá si puede obtener Servicios de Alimentos y Nutrición.

Paso 3. Hable con nosotros.



Un asistente social debe entrevistarle a usted o alguien que usted elija para que lo represente. El motivo de esta entrevista es determinar si usted puede obtener Servicios de Alimentos y Nutrición. **Si no puede quedarse para la entrevista hoy, dígaselo al recepcionista o al asistente social para que podamos programar una entrevista para usted.**

En la entrevista deberá mostrarnos:

- Un comprobante de su identidad, como la licencia de conducir, las tarjetas del Seguro Social o los documentos de extranjeros;
- Un comprobante de su dirección, como el estado de cuenta de la hipoteca o el contrato de alquiler; comprobantes de los costos del cuidado de niños, un comprobante del monto que usted paga para la manutención de menores; y un comprobante del dinero que obtuvo en los últimos 30 días, como un talón de cheque o una carta de la oficina del Seguro Social. **Si no puede traer todo, venga de todos modos a la entrevista. Nosotros lo ayudaremos.**

Cuéntenos sobre usted

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellidos):		Estado civil:	Número del Seguro Social (si posee número):
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma que habla:
Raza: (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígena Americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai o habitante de otra isla del Pacífico	Grupo étnico: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	Teléfono de la casa:	
		Teléfono celular:	
		Teléfono del trabajo:	Número al que se le puede contactar:
Dirección de domicilio:		Ciudad	Estado
Dirección postal (si es diferente):		Ciudad	Estado
Código postal		Código postal	
Firma:0	Fecha:	Firma de un testigo: (Si la firma es una "X")	

¿Necesita que alguien solicite o use sus Servicios de Alimentos y Nutrición?



PREGUNTA

Si desea que alguien que no sea usted solicite, use u obtenga información sobre sus beneficios, marque la casilla Sí. Si marca **Sí**, le daremos o enviaremos por correo un formulario. Usted y la persona a la que desea ayudar pueden completar el formulario y devolverlo a nuestra oficina. Si usted así lo elige, esta persona recibirá una tarjeta EBT y tendrá acceso a sus Servicios de Alimentos y Nutrición. Una tarjeta electrónica de transferencia de beneficios (EBT) es una tarjeta plástica que puede utilizar en la tienda para comprar alimentos.

¿Necesita que alguien (un representante autorizado) lo ayude a obtener o usar sus Servicios de Alimentos y Nutrición? Sí No

¿Cuándo obtendré mis Servicios de Alimentos y Nutrición?

Si usted reúne los requisitos para obtener Servicios de Alimentos y Nutrición, los recibirá en un plazo de **30 días calendario** a partir de la fecha en que presente la solicitud con su nombre, dirección y firma. Es posible que reciba Servicios de Alimentos y Nutrición en un plazo de **7 días calendario** si reúne los requisitos para Servicios Acelerados de Alimentos y Nutrición. Su familia puede estar en una situación de emergencia si:

- El ingreso bruto mensual de su familia es inferior a \$150 y el efectivo o el dinero que posee su familia en el banco es \$100 o menos, o
- El alquiler, la hipoteca y los servicios públicos que paga su familia son mayores que el ingreso bruto mensual y el efectivo o el dinero que tienen en el banco, o
- Usted o un integrante de su familia es un trabajador agrícola estacional o temporero.

¿Necesita ayuda para completar este formulario?

Si necesita ayuda especial para completar esta solicitud y la entrevista para solicitar Servicios de Alimentos y Nutrición, háganoslo saber para que podamos ayudarlo. ¿Necesita ayuda especial para completar esta solicitud o el proceso de entrevista? Sí No

Cuéntenos sobre su familia

1. Su familia está formada por usted y todas las personas que viven con usted, aunque no sean parientes. Complete el siguiente cuadro para todas las personas de su familia. Si necesita más espacio para completar esta sección, adjunte una hoja de papel. Determinaremos quién debe estar incluido en su caso de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)	Parentesc o con usted	Fecha de naci- miento	Edad	Número del Seguro Social (Si la persona posee uno)	Sexo/ Raza	Idioma principal que habla	Grupo étnico	¿Ciudadano de EE. UU.? (Sí/No)
	Yo mismo							

2. ¿Todos los integrantes de su familia compran alimentos y cocinan las comidas juntos? Sí No. Si la respuesta es no, ¿quién compra los alimentos aparte?

Nombre de esta(s) persona(s) _____

3. Cuéntenos si hay alguna persona que no nació en EE. UU.

Nombre: _____ Documentación: _____ Ciudadano naturalizado: Sí No

Nombre: _____ Documentación: _____ Ciudadano naturalizado: Sí No

4. ¿Alguna persona de su familia posee una tarjeta EBT? Sí No ¿Quién? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo la usó por última vez? _____

¿En qué estado? _____

5. ¿Alguien recibe Servicios de Alimentos y Nutrición, cupones de alimentos o SNAP en este o en otro condado o estado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____ ¿En qué condado o estado? _____

6. ¿Alguien participa en un Programa de Distribución de Alimentos en una reservación indígena?

Sí No

7. Necesitamos información sobre las personas que viven en su casa. ¿Alguna persona de su familia está en una de las siguientes situaciones? Marque todas las opciones que correspondan.

Alguien de mi familia:

Es hijo adoptivo ¿Quién? _____

¿Desea incluir a este niño en el caso? Sí No

Está embarazada Fecha de parto _____ ¿Quién? _____

Participa en un programa de tratamiento por consumo de drogas/bebidas alcohólicas
¿Quién? _____

Es una persona que cuida a alguien de su familia (acompañante) y vive en su casa
¿Quién? _____

Le alquila una habitación a usted ¿Quién? _____

Paga por comida y un lugar para vivir ¿Quién? _____

No reúne los requisitos para recibir Servicios de Alimentos y Nutrición en Carolina del Norte o en otro estado.
¿Quién? _____

Está evitando ser procesado por un delito grave o está escapando de la ley ¿Quién? _____

Está evitando ser enviado a prisión después de una condena por un delito grave
¿Quién? _____

Está violando las condiciones de la libertad condicional o provisional bajo caución
¿Quién? _____

Es una persona condenada por un delito grave relacionado con drogas después del 22 de agosto de 1996
¿Quién? _____

Es una persona que se declaró en bancarrota ¿Cuándo? _____ ¿Quién? _____

Está en la universidad o en una escuela comercial/vocacional/técnica al menos medio tiempo
¿Quién? _____

Ninguna de las condiciones anteriores se aplica a mi familia.

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Identity

Did you verify the applicant's identity? Yes No

Verification Source: _____

Residence

Did you verify residence for the household? Yes No

Verification Source: _____

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Enumeration

- Did you verify enumeration for all FNS unit members? Yes No
- Enumerated at Birth
 - DSS-8174 Date completed: _____
 - Refused to apply for or provide SSN? Who? _____

Citizenship/Immigration Status

- Did you verify citizenship/immigration status for all FNS unit members? Yes No
- Web-based SAVE verification completed Copies of USCIS documents attached
 - Alien Workbook Supplement completed for all non-citizens G-845 to USCIS (Copy attached)

Household Composition

- Does applicant's statement verify household composition for all FNS unit members? Yes No
- If questionable, verified by _____ Reason questionable: _____

Authorized Representative

- Did the applicant request an Authorized Representative? Yes No
- DSS-1688, Designation of Authorized Representative Completed/Attached/Verified
 - Date keyed in SLAR: _____

Disqualified Due to an Intentional Program Violation (IPV) / EPICS checked _____ (date)

- Is anyone currently disqualified from FNS in N.C.? Yes No
- Is anyone currently disqualified from FNS in another state? Yes No
- State _____ Verified by: _____ on _____ (date)
- Disqualified Person(s) Name(s): _____
- Disqualification Period/Number of Disqualifications: _____

Disqualified Due to Fleeting Felon Status

- Is anyone trying to avoid a felony prosecution? Yes No If yes, who? _____
- Is anyone violating conditions of probation or parole? Yes No If yes, who? _____
- Verification Source: _____ Date: _____

Disqualified Due to a Felony Drug Conviction

- Has anyone been convicted of a drug related felony committed after August 22, 1996? Yes No
- Name of Individual(s): _____ Date of conviction: _____
- Was the felony committed in N.C.? Yes No If yes, class of felony? _____
- If Class H or I: If no, name of other state? _____
- Date of release from jail. _____ If never committed, date of conviction. _____
- Has the individual complied with substance abuse treatment program requirements? Yes No
- Is there a six-month disqualification period? Yes No If yes, from _____ to _____
- Verification Source: _____ Date: _____

Students

- Is anyone in college or trade/vocational/technical school at least half-time? Yes No
- Student Name(s): _____ Name of School: _____

EXEMPTIONS: A student must meet one of the exemptions below to be included.

- Age 17 or younger or age 50 or older;
- Physically or mentally disabled;
- Receives Work First Family Assistance;
- Working at least 20 hours weekly;
- Participates in federal or state work study program;
- Responsible for care of a dependent child under age 6;
- Responsible for care of a dependent child over 5 and under 12 when adequate child care is unavailable;
- Assigned through WIA, a state or local Employment and Training Program, a program under Section 236 of the Trade Act of 1974 or a training program under the North American Free Trade Agreement Act (NAFTA);
- Full time student who is an only parent of a dependent under age 12; or
- Participating in an on-the-job training program.

- Is the student eligible to be included in the Food and Nutrition Services unit? Yes No

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Ineligible Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWDS)

Is anyone an ineligible ABAWD? Yes No ****Complete the ABAWD Tracking Form for each ABAWD**

Ineligible ABAWDs Name(s): _____

Is your county an ABAWD Waiver/Exemption county? Yes No

If yes, when does the waiver/exemption expire? _____

Is anyone disqualified for failure to comply with E&T, Work Registration, or Workfare? Yes No

Name _____ / DQ Period _____ 1st 2nd 3rd

Work Space:

¿Qué bienes tienen las personas de su familia?

Los bienes son artículos de valor que usted posee o compra, como una embarcación, dinero en efectivo o cuentas bancarias.

8. ¿Usted o alguien de su familia tiene una embarcación? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, complete los siguientes casilleros. ¿Su principal medio de transporte es una embarcación? Sí No

Marca/Modelo	Año	Monto adeudado	Compañía financiera	Propietario
1				
2				

9. Necesitamos conocer el valor de los bienes de su familia. Marque todos los bienes que usted o alguien de su familia poseen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Efectivo | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) |
| <input type="checkbox"/> Cuentas bancarias (cuenta corriente y/o cuenta de ahorros) | <input type="checkbox"/> Cuentas en cooperativas de crédito (cuenta corriente y/o cuenta de ahorros) |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación | <input type="checkbox"/> Acciones o bonos |
| <input type="checkbox"/> Fondos mutuos o fondos de fideicomiso | <input type="checkbox"/> Otros bienes que no figuran en esta lista |
| <input type="checkbox"/> Planes de sepelio prepagos | <input type="checkbox"/> Mi familia no posee ninguno de los bienes enumerados |

Para todos los bienes que marcó arriba, complete los siguientes casilleros:

Tipo de bien	Valor	¿A quién pertenece?	Nombre comercial y número de cuenta
3			
4			
5			
6			

10. ¿Alguien de su familia transfirió bienes en los últimos 3 meses para recibir Servicios de Alimentos y Nutrición? Sí No

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Has anyone transferred assets in the last 3 months in order to receive FNS? Yes No

Name _____ Resource _____ Value \$ _____

Is the FNS unit or an individual Categorically Eligible? Yes No

Do not complete Resource Section if entire FNS unit is Categorically Eligible.

Exclude resources of a categorically eligible individual.

Resource Limit for FNS unit: \$2,000 \$3,000

Has anyone in the FNS unit filed for bankruptcy? Yes No

Name of Individual(s): _____ Court Order Attached

Boats

Boat	Exempt Reason	Fair Market Value	Minus (-)	Amount Owed	Equals (=)	Equity Value	Countable Value
1							
2							
TOTAL							

Resources Other Than Boats

Resource	Countable Yes/No	Countable Value	Verification Source	Date Verified
3				
4				
5				
6				
Total				

Total Resources: _____ (Add together countable vehicles and other resources)

Work Space:

¿Cuánto dinero reciben las personas de su familia del trabajo?

Incluya trabajo de tiempo completo, trabajo de medio tiempo, trabajo por día, trabajo temporal, trabajo de estudio para la universidad y trabajo a cambio de propinas.

11. ¿Alguien de su familia trabaja? Sí No

Nombre	Empleador	Fecha inicio	Pago bruto (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia le pagan?	Día de pago
1				<input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	
2				<input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	
3				<input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	
4				<input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	

12. ¿Alguien de su familia trabaja por su cuenta? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

Ejemplos de este tipo de trabajo: cuidado de niños, venta de productos Avon u otros productos, labranza, peluquería, alquiler de casas, trabajos de jardinería para otras personas o trabajos esporádicos.

Fecha de inicio _____ Nombre de la empresa _____ -Tipo de empresa _____

Ingreso bruto mensual \$ _____ Gastos mensuales \$ _____

13. ¿Alguien se está preparando para comenzar un nuevo empleo? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

¿Dónde? _____-Fecha de inicio _____

Número de teléfono del empleador _____ ¿Con qué frecuencia le pagarán? _____

¿Cuántas horas trabajará en cada cheque de pago? _____ ¿Cuánto dinero por cada hora? _____

¿Cuándo recibirá su primer cheque de pago? _____

14. ¿Alguien ha dejado de trabajar en los últimos 60 días? Sí No Si la respuesta es afirmativa,

¿quién? _____

¿Cuál fue el último día que trabajó? _____ ¿Cuándo recibió el último cheque de pago? _____

¿Dónde trabajó y cuál es el número de teléfono? _____

¿Por qué motivo dejó de trabajar? _____

15. ¿Alguien de su familia es un trabajador agrícola estacional o temporero? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

¿Cuándo comenzó a trabajar? _____

¿Dónde trabaja y cuál es el número de teléfono? _____

16. ¿Alguien de su familia está de huelga? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

¿Cuál fue el último día que trabajó? _____ ¿Dónde trabajó y cuál es el número de teléfono? _____

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Has all earned income been verified? Yes No

Name	Verified Gross Income	How Often Paid?	Payday	Verified by	Income and Code
1		<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Sporadic <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tue <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thu <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> DSS-8113 <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> T/C to Employer <input type="checkbox"/> Other _____	
2		<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Sporadic <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tue <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thu <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> DSS-8113 <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> T/C to Employer <input type="checkbox"/> Other _____	
3		<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Sporadic <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tue <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thu <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> DSS-8113 <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> T/C to Employer <input type="checkbox"/> Other _____	
4		<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Sporadic <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tue <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thu <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> DSS-8113 <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> T/C to Employer <input type="checkbox"/> Other _____	

Work Space: You must show your calculations.

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Is anyone self-employed? Yes No If yes, who? _____

Type of Business _____

Gross Monthly Income \$ _____ Monthly Expenses \$ _____

Has anyone stopped working in the past 60 days? Yes No If yes, who? _____

Has anyone reduced their hours to less than 30 per week? Yes No

Is the person who quit or had hours/wages reduced exempt from VQ provisions? Yes No

Can good cause be established? Yes No Is anyone currently disqualified for VQ? Yes No

Date last pay received: _____ Last day worked: _____

Is anyone a migrant or seasonal farm worker? Yes No If yes, who? _____

Date started working? _____ Place working & phone number? _____

Is anyone on strike? Yes No If yes, who? _____

Last date worked? _____ Place worked & phone number? _____

Work Space:

¿Cuánto dinero reciben las personas de su familia de otros lugares?

17. Necesitamos saber sobre el dinero o los cheques que usted recibe que no sean de su trabajo. Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pagos por adopción, cuidado adoptivo o tutela | <input type="checkbox"/> Discapacidad privada |
| <input type="checkbox"/> Anualidades, pensiones o jubilación | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Ayuda Especial (SA) |
| <input type="checkbox"/> Manutención de menores por parte del padre/madre. ¿Cuántos? _____ | <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Complementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Manutención de menores de la Corte | <input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Becas para educación | <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos de Guerra |
| <input type="checkbox"/> Asignación militar | <input type="checkbox"/> Programa Work First/TANF |
| <input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes que no es un préstamo y no tiene que devolverlo | <input type="checkbox"/> Interés y dividendos |
| <input type="checkbox"/> Pagos por la venta de un bien (como un automóvil, una embarcación, una vivienda móvil o una casa) | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Mi familia no recibe dinero de ningún otro lugar |

Para todos los ingresos que marcó arriba, complete los siguientes casilleros:

Tipo de dinero	¿Quién recibe el dinero?	¿Quién da el dinero?	Teléfono y dirección (Si lo recibe de otra persona)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
1					
2					
3					
4					
5					

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Name: _____ Source of Income: _____ Verification: _____

Type of Money	Amount/Frequency	Verification Source
1		
2		
3		
4		
5		

Date Received: _____ Computation: _____

Countable Pro Rated or Deemed Income \$ _____

Cuéntenos sobre las facturas que paga su familia

18. Complete esta sección con todos los gastos que su familia tiene la responsabilidad de pagar.

Tipo de gasto	Nombre, dirección, teléfono de la empresa a quien le paga la factura	Monto facturado	¿Con qué frecuencia paga la factura?	¿Quién paga la factura?
Alquiler				
Alquiler de terreno				
Hipoteca				
Impuestos sobre la propiedad (si no están incluidos en la hipoteca)				
Seguro de propietario (si no está incluido en la hipoteca)				
Pagos de propietarios				

Marque los casilleros de los servicios públicos que su familia tiene la responsabilidad de pagar.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Calefacción o refrigeración | <input type="checkbox"/> Gas natural/LP |
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Agua/ Alcantarillado |
| <input type="checkbox"/> Teléfono/teléfono celular | <input type="checkbox"/> Exceso de servicios públicos (Viviendas públicas) |
| Nombre de la empresa telefónica _____ | <input type="checkbox"/> Basura/residuos |

¿Cómo calefacciona su vivienda? (Marque una opción)

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Kerosén | <input type="checkbox"/> Madera |
| <input type="checkbox"/> Gas LP | <input type="checkbox"/> Carbón | <input type="checkbox"/> Aceite | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Recibió un cheque del Programa de Asistencia de Energía para Familias de Bajos Ingresos (LIEAP) en la dirección actual en estos 12 últimos meses? Sí No

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

Ayuda para pagar las facturas

19. ¿Alguna agencia, organización o persona (incluyendo la Sección 8) fuera de su familia ayuda a pagar alguno de sus gastos? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿le dan el dinero a usted? Sí No

¿Quién paga la factura? _____ ¿Qué factura paga? _____ ¿Cuánto paga por mes? _____

¿Quién paga la factura? _____ ¿Qué factura paga? _____ ¿Cuánto paga por mes? _____

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Shelter Expenses:

- | | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rent: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Lot Rent: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Mortgage: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Property Taxes: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Homeowner's Insurance: | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Homeowner's Dues | \$ _____ per month | Verification/Date _____ |

Computation:

Utility Expenses:

Was DSS-8168I, Lifeline/Link-up, form completed? Yes No

Which applies to this household?:

SUA: Household has a heating or cooling expense or received LIEAP check at current residence within the past 12 months

BUA: Household has at least two non-heating/non-cooling expenses

TUA: Household has a telephone/cell phone expense

None: Household has no utility expenses

Heating Source for LIEAP Vulnerability

Is the FNS unit subject to the rising cost of heat and has a heat source? Yes No

Is the residence a Private Living Arrangement with a heat source (even if utilities are included in rent)? Yes

No

Is the residence Public Housing, but the household has paid an excess for heat in the past 12 months at the current address? Yes No

If the answer to one of the three questions above is 'yes', the household is vulnerable.

Heating Source:

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electricity | <input type="checkbox"/> Coal | <input type="checkbox"/> Natural Gas | <input type="checkbox"/> Kerosene |
| <input type="checkbox"/> Fuel Oil | <input type="checkbox"/> Wood | <input type="checkbox"/> LP Gas | |

Does the FNS unit receive help to pay shelter/utility expenses? Yes No

If yes, source/date/amount:

Cuéntenos sobre las otras facturas

20. Costos del cuidado de niños o adultos discapacitados

¿Usted o alguien de su familia paga por el cuidado de algún niño o adulto discapacitado? Sí No

¿Quién recibe el cuidado? _____ -¿Quién paga? _____ \$ _____ por _____

¿Quién recibe el cuidado? _____ -¿Quién paga? _____ \$ _____ por _____

¿Quién recibe el cuidado? _____ -¿Quién paga? _____ \$ _____ por _____

Nombre y número de teléfono de la persona a cargo del cuidado/niñera: _____

21. Ayuda para pagar las facturas

¿Alguna agencia, organización o persona (incluyendo los Servicios Sociales) fuera de su familia ayuda a pagar el cuidado de los niños? Sí No

¿Quién paga la factura? _____ ¿Qué factura paga? _____ ¿Cuánto paga por mes? _____

¿Quién paga la factura? _____ ¿Qué factura paga? _____ ¿Cuánto paga por mes? _____

22. Manutención de menores por orden judicial

¿Su familia paga manutención de menores por orden judicial para niños fuera del hogar? Sí No

¿Quién paga la manutención del menor? _____ ¿Nombre del menor? _____ \$ _____ por _____

¿Quién paga la manutención del menor? _____ ¿Nombre del menor? _____ \$ _____ por _____

¿Quién paga la manutención del menor? _____ ¿Nombre del menor? _____ \$ _____ por _____

23. Facturas de gastos médicos de personas discapacitadas o con más de 60 años de edad

¿Alguien de su familia tiene 60 años o más o está discapacitado? Sí No Una persona discapacitada generalmente recibe pagos por discapacidad de una agencia del gobierno como el Seguro Social, SSI, beneficios para veteranos por una discapacidad del 100%, o Medicaid para personas discapacitadas. Si la respuesta es afirmativa, necesitamos saber qué facturas de gastos médicos tiene o es responsable de pagar. Las facturas de gastos médicos incluyen, entre otros:

Copagos o primas de seguro médico o de hospital

Medicamentos recetados o de venta libre y suministros médicos, como 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

Honorarios del médico

Pagos a asistentes, acompañantes y enfermeros

Atención médica y odontológica

Facturas del hospital

Tipo de factura	Empresa o persona a quien le paga	Monto	Fecha de pago	¿Con qué frecuencia paga la factura?
				<input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Cada tres meses
				<input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Cada tres meses
				<input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Cada tres meses
				<input type="checkbox"/> Todos los meses <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Cada tres meses

24. Ayuda para pagar las facturas

¿Alguna agencia, organización o persona (incluyendo los Servicios Sociales) fuera de su familia ayuda a pagar alguna de sus facturas de 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? _____

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Does the FNS unit pay for childcare or disabled adult care? Yes No

Does the FNS unit receive child care assistance/subsidy? Yes No

Amount paid monthly: _____ Verification source: Receipt Telephone Call

Does the FNS unit pay court-ordered child support to a non-household member? Yes No

Amount paid monthly: _____ Verification source: ACTS Receipt Other

Medical Deductions are allowed for Specified Persons only.

Is a Specified Person eligible for a medical expense deduction? Yes No

If yes, Who? _____, _____, _____

Does that person(s) have any medical expenses? Yes No

****Attach a completed DSS-8208, FNS Medical Expense Worksheet, with the allowable medical deduction.****

Allowable Medical Deduction: \$ _____

Additional Space for Documentation and Notes

Case Information

Did you remember to give and explain the following information to the applicant/recipient?

- Food and Nutrition Services Rights and Responsibilities
- Change Report Form DSS-8550
- Change Report Form DSS-8550SR
- Notice of Information Needed to Complete Your FNS Application (DSS-8650)
- Life Line/Link Up Forms Phone Company: _____
- DSS-1688, Designation of Authorized Representative
- Remove the Authorized Representative that is no longer valid
- Complete a Registration/Deregistration Form DSS-2624 on appropriate household members?
- Complete a Work Registration Responsibilities DSS-8640?

Does the household have a valid NC EBT Card? Yes No

If NO, was an EBT Card issued? Yes No

Were PIN instructions explained? Yes No

Additional Documentation:

No escriba en la parte sombreada – Sólo para uso de la agencia

Applicants meeting Expedited Service standards are eligible to receive Food and Nutrition Services within 7 days. Households must complete and sign the DSS-8207, complete an interview, present themselves as eligible, and provide proof of identity before you approve benefits. Complete screening for all applications, reapplications and late recertifications. **If ineligible for FNS the first month, screen for the second month.**

Household's monthly countable gross income \$ _____
Subtract legally obligated child support -\$ _____
(paid by a household member to a non-household member) = \$ _____ Total Countable Income
Household cash/savings for all members: \$ _____ Total Liquid Resources

Is total countable income less than \$150, and liquid resources less than or equal to \$100? Yes No
If Yes, the household appears eligible, and identity is verified. Issue benefits immediately. If No, continue.

Household's monthly rent or mortgage amount: \$ _____
Appropriate utility Standard(SUA/BUA/TUA): + \$ _____
Total Monthly Shelter Expenses: = \$ _____ Total Shelter Expenses
Total of Countable Income and Liquid Resources: \$ _____

Do total monthly shelter costs exceed total monthly income and liquid resources? Yes No
If Yes, the household appears eligible, and identity is verified. Issue benefits immediately. If No, continue.

Is anyone in the household a migrant or seasonal farm worker? Yes No

If Yes, answer A,B, and C.

A. Does the household have liquid resources less than or equal to \$100? Yes No

B. Did the household's income stop prior to application? Yes No

C. Will anyone in the household receive \$25 or less in income from a new source within the next ten days? Yes No

If the answer to question A, B, or C is YES, the household appears eligible, and identity is verified. Issue benefits immediately. If NO, the household is not eligible for expedited benefits. 7th Day: _____

I certify that I screened this applicant for Expedited Service and determined that the household is is not eligible for expedited benefits at this time. **Provide explanation if ineligible:** _____

Signature of Screener: _____ Date: _____

Approved on _____ **FNS Certification Period:** _____
Category: SR Standard Simplified

Denied
Reason: _____

Pending
Reason: _____

Did you screen for expedited services and explain the screening process? Yes No

Is the FNS Unit eligible for expedited services in the first month? Yes No

Is the FNS Unit eligible for expedited services in the second month? Yes No

Approved for Expedited Services Yes No Date benefits issued _____

Caseworker's Signature: _____ **Date:** _____

Firma y declaración de comprensión



Al firmar esta solicitud, declaro que:

1. He dicho la verdad en este formulario.
2. Recibí un formulario de informe de cambio y comprendo los cambios que debo informar y cuándo hacerlo.
3. Conozco las reglas de los Servicios de Alimentos y Nutrición y lo que debo hacer para recibir Servicios de Alimentos y Nutrición.
4. Acepto brindar información sobre lo que dije para que mi solicitud pueda ser procesada.
5. Doy mi permiso para que los servicios sociales obtengan pruebas de lo que dije de cualquier persona, agencia o empresa. Otras personas, agencias o empresas incluyen, entre otros: empleadores, bancos, instituciones de ahorro y préstamos, arrendadores, etc.
6. Entiendo que mis gastos pueden ser utilizados para calcular el monto de los Servicios de Alimentos y Nutrición que recibiré. Si no les informo sobre algunos de mis gastos ni tampoco los verifico, estos no podrán ser utilizados en el presupuesto para calcular el monto de mis beneficios.
7. He leído, comprendido y recibido las páginas 15 y 16 de este formulario, o se me ha explicado esta información.

_____	_____
Firma	Fecha
_____	_____
Firma de un testigo (si el solicitante firmó con una "X")	Fecha
_____	_____
Firma del asistente social y número de distrito	Fecha

Sólo para uso de la agencia:

Número de condado:	Fecha de envío por correo:
Número del asistente social:	Fecha de recepción en la Agencia:
Número de caso:	N.º de FSIS
Día 30º	Día 60º
Comentarios	



Por favor, lea esta información

Cambios que debe informar y cómo hacerlo

1. El asistente social le entregará un Formulario de informe de cambios para la situación de su familia y se lo explicará.
2. Este formulario le indicará todos los cambios que debe notificarnos y cuándo hacerlo.
3. Cuando tenga un cambio, complete el formulario y envíenoslo por correo. También puede llamar al asistente social o acercarse a nuestra oficina para informar cambios.
4. El asistente social se comunicará con usted en relación con el cambio.

Información sobre números del Seguro Social

1. Puede elegir darnos el Número del Seguro Social (SSN) que utiliza cada persona de su familia. Si necesita ayuda para obtener un SSN, pida ayuda al asistente social. **Sólo proporcionaremos Servicios de Alimentos y Nutrición a las personas elegibles que nos den su SSN.**
2. Usaremos los SSN que usted nos proporciona para establecer coincidencias por computadora y comprobar lo que usted nos dijo con las agencias federales y estatales.

Información sobre ciudadanía estadounidense y estado de inmigración

1. Para recibir Servicios de Alimentos y Nutrición usted debe ser un ciudadano de los Estados Unidos (EE. UU.) o un extranjero elegible. También debe cumplir con otras reglas de los Servicios de Alimentos y Nutrición.
2. Puede elegir proporcionarnos los documentos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (*US Citizenship and Immigration Service, USCIS*) que utiliza cada persona de su familia. **Sólo proporcionaremos Servicios de Alimentos y Nutrición a las personas elegibles que nos den sus documentos legales de USCIS.**
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 de los Servicios de Alimentos y Nutrición

Las siguientes reglas se aplican para recibir y usar los Servicios de Alimentos y Nutrición:

1. **No** oculte ni proporcione información incorrecta a propósito para obtener beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.
2. **No** use los Servicios de Alimentos y Nutrición para comprar artículos que no sean alimentos, como bebidas alcohólicas o tabaco.
3. **No** intercambie ni venda sus Servicios de Alimentos y Nutrición.
4. **No** use los Servicios de Alimentos y Nutrición de otra persona para su beneficio personal.
5. **No** use sus Servicios de Alimentos y Nutrición para otra persona.
6. **No** use sus Servicios de Alimentos y Nutrición para pagar cualquier tipo de cuenta de crédito, aunque sea para artículos elegibles para los Servicios de Alimentos y Nutrición.
7. **Colabore** con el personal estatal y federal en una revisión de Control de Calidad.

Sanciones por violar las reglas del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición

Si viola intencionalmente alguna de las reglas mencionadas, es posible que no pueda obtener más 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.

Proporcionar información incorrecta también puede significar que reduzcamos sus beneficios o que deba devolver los beneficios recibidos.

Si un tribunal lo declara culpable de comprar, vender o intercambiar más de \$500 en Servicios de Alimentos y Nutrición, puede perder los Servicios de Alimentos y Nutrición para siempre.

Si un tribunal lo declara culpable de intercambiar Servicios de Alimentos y Nutrición por armas de fuego, municiones o explosivos, perderá los Servicios de Alimentos y Nutrición para siempre.

Si un tribunal lo declara culpable de intercambiar Servicios de Alimentos y Nutrición por sustancias controladas, perderá los Servicios de Alimentos y Nutrición durante dos años la primera vez y para siempre la segunda vez.

Si lo encuentran culpable de recibir o intentar recibir Servicios de Alimentos y Nutrición en más de una casa a la vez, no recibirá los Servicios de Alimentos y Nutrición durante 10 años. Esto puede suceder si usted proporciona información incorrecta sobre su identidad o sobre el lugar donde vive.

Información sobre audiencias

1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre sus Servicios de Alimentos y Nutrición, usted o la persona que lo está ayudando pueden solicitar una audiencia.
2. Puede llamarnos o escribirnos para solicitar la audiencia. Tiene hasta 90 días a partir de la fecha de la decisión para solicitar una audiencia.
3. Un amigo, pariente o abogado puede hablar por usted en su audiencia.

Información sobre reglas de trabajo y capacitación

Algunas personas tienen que trabajar o asistir a una capacitación para recibir Servicios de Alimentos y Nutrición. Si este es su caso o el de otras personas de su familia, se lo comunicaremos. Deberá seguir las reglas de trabajo y capacitación para recibir Servicios de Alimentos y Nutrición.

Verificamos lo que usted nos cuenta

La información que usted nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y locales para asegurarnos de que sea verdadera. Si alguna parte de la información que usted nos proporciona no es correcta, podemos negarle los Servicios de Alimentos y Nutrición.

Si las fuerzas del orden se comunican con nosotros para obtener información que los ayude a apresar a las personas que están escapando de la ley, les daremos su información.

Si tiene un sobrepago de Servicios de Alimentos y Nutrición, daremos sus respuestas a las agencias federales y estatales, y también a las agencias privadas de cobro de reclamos, para recolectar el sobrepago.

Debemos obtener información

Debemos obtener datos sobre la 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 Servicios de Alimentos y Nutrición se verá afectado si usted elige no proporcionar esta información.

Usted no será discriminado



De acuerdo con la legislación federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para presentar un reclamo, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TTY). USDA brinda oportunidades y empleos de manera imparcial.

Obtenga ayuda para pagar su factura de teléfono



Hay dos programas que pueden ayudarlo a pagar su factura de teléfono. El programa Lifeline permite a los beneficiarios de Servicios de Alimentos y Nutrición recibir un crédito en su factura de teléfono mensual.

El Programa Link-Up brinda a los beneficiarios de Servicios de Alimentos y Nutrición un descuento en el costo de la conexión al servicio telefónico local. Lo ayudaremos con estos servicios, a menos que nos diga que no necesita ayuda.

¿Está usted registrado para votar en Carolina del Norte?



Registrarse para votar es muy fácil en Carolina del Norte. Las leyes estatales exigen a los votantes registrarse 25 días antes de una elección. El DSS puede ayudarlo con la documentación necesaria para el registro. Si desea registrarse para votar en Carolina del Norte, pida al asistente social un formulario de registro de elector y, si necesita ayuda, pídale que lo ayude a completar el formulario.