NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) EN CASO DE EMERGENCIA DEBIDO A UN DESASTRE

(Conforme a 7 CFR 280)

Según la legislación federal y los principios generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, siglas en inglés), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad.

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

APPLICATION DATE:	INTERVIEW DATE	CENTER/OFFICE	UNIT	WORKER	CASE TYPE	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERSION	LANG E OR S	LANG READ (NYC)
										XXXXXXXXXXX

DISASTER AUTHORIZATION PERIOD:	PAYMENT PERIOD	HH SIZE	PAYMENT AMOUNT	1ST CARD NUMBER
FROM: TO:	FROM: TO:		$	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

INSTRUCCIONES: Rellene la solicitud completamente según su leal saber y entender. Si su hogar tiene los datos solicitados , pero intencionalmente retiene esa información , no recibirá las prestaciones del subsidio DSNAP. Cuando se le entreviste tendrá que presentar documentos de identidad. Usted debe comprobar que su unidad familiar vivía en el área devastada al momento que ocurrió el desastre. Posiblemente se le pida verificar gastos dudosos. Puede autorizar a otra persona, que no forme parte de su unidad familiar, para que solicite en caso de emergencia y canjee el subsidio DSNAP por usted.

Nombre: _____ Número de teléfonor: _____ Otro número de teléfono donde se le pueda localizar: _____

Dirección de residencia: _____ Apt. Nº _____ Ciudad _____, NY Código postal: _____

Dirección actual (si es distinta): _____ Apt. Nº _____ Ciudad _____, NY Código postal: _____

Dirección para envío de correspondencia (si es distinta): _____ Apt Nº _____ Ciudad _____, NY Código postal: _____

PARTE A: SITUACIÓN FAMILIAR	SÍ	NO
1. ¿Recibe usted actualmente el subsidio SNAP? Si contestó que «Sí», indique ESTADO: _____ CONDADO: _____		
2. ¿Vivía su familia en la zona, ahora devastada, al momento del desastre? Si la respuesta es sí, conteste las siguientes preguntas:		
¿Causó el desastre daños o destrucción a su casa o propiedad donde se desempeña como trabajador independiente?		
¿Tiene su hogar gastos no reembolsados, incurridos como resultado del desastre?		
¿Cree usted que su familia necesitará alimentos durante el tiempo que duren las tareas de limpieza debido al desastre?		
¿Ocasionó el desastre una demora, reducción o suspensión de ingresos del hogar?		
¿Tiene su hogar dinero en efectivo o dinero en una cuenta corriente o de ahorros, al cual no tiene acceso en este momento debido a que las cuentas no están disponibles a causa del desastre?		
3. ¿Es usted o alguien de su familia empleado del Estado de Nueva York, NYC HRA o un distrito de servicios sociales locales? Si contestó que «Sí», indique donde: _____		

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

Haga una lista de los miembros de la familia afectados por el desastre, incluyéndose a sí mismo(a), que viven y comparten los alimentos con usted. **SI ACTUALMENTE SE ESTÁ QUEDANDO CON OTRA FAMILIA DEBIDO AL DESASTRE, NO INDIQUE EN LA PARTE B, LOS MIEMBROS DE ESA FAMILIA.** Por cada miembro de la familia indique el respectivo número de Seguro Social (SSN), fecha de nacimiento, la fuente y cantidad de ingresos (netos). Haga una lista de los ingresos adicionales que los miembros de la familia han recibido o esperan recibir durante el periodo que dure el programa DSNAP. El número de Seguro Social no es exigido para recibir el subsidio D-SNAP, pero puede ser utilizado para establecer la identidad de los miembros de la unidad familiar y con el propósito de cerciorarnos de que habilitan para recibir el subsidio DSNAP. También se usa en el cruzamiento de datos informáticos, análisis de programas y auditorias.

PARTE B: MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR Y LOS INGRESOS DURANTE EL PERÍODO DE TIEMPO DEL DESASTRE

	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social (SSN) del miembro del grupo familiar (Si no tiene uno, escriba «No tiene»)	Fecha de nacimiento	Estado Civil	Sexo M F	¿Hispano o latino? Sí	¿Hispano o latino? No	Raza	Parentesco con usted	Ingresos: Fuente/Tipo	Si recibe un salario, indique el nombre del empleador	Con que frecuencia recibe ese ingreso	Ingreso neto: Cantidad
1											YO MISMO (A)				$
2															$
3															$
4															$
5															$
6															$
7															$
8															$
														TOTAL DE INGRESOS DE LA UNIDAD FAMILIAR	$

*Códigos de Raza o etnia: **I** – Norteamericano(a) nativo(a) o nativo(a) de Alaska, **A** – Asiático(a), **B** – Negro(a) o Afroamericano(a), **P** – Nativo(a) de Hawai o Islas del Pacífico, **W** - Blanco(a)

*Esta información es voluntaria de su parte; sin embargo, si no la contesta, el entrevistador la contestará basándose en las observaciones que él / ella haga. Ello no afectará la habilitación de las personas que hacen la solicitud o el nivel de beneficios recibidos. Esta información se utiliza para garantizar que los subsidios del programa se distribuyan sin importar la raza, color de piel o nacionalidad.

** **Indique el** nombre , dirección y número de teléfono de cada empleador arriba mencionado.

Empleador _____ Dirección: _____ Nº de teléfono: _____

Empleador _____ Dirección: _____ Nº de teléfono: _____

Empleador _____ Dirección: _____ Nº de teléfono: _____

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

En la Parte C, indique la cantidad completa de dinero en efectivo que su familia podrá obtener durante el periodo de devastación. En la Parte D, indique los gastos incurridos, o los gastos que espera incurrir, a consecuencia del desastre natural. Del _____ al _____ .

NO INCLUYA GASTOS QUE FUERON PAGADOS O QUE PAGARÁ UNA PERSONA NO MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR.

PARTE C – RECURSOS (desde el principio del período de tiempo del desastre)	**MONTO**
Dinero en efectivo a mano	$
Cuentas corrientes disponibles – Nombre del banco _____	$
Cuentas de ahorros disponibles – Nombre del banco _____	$
TOTAL DE RECURSOS DISPONIBLES DE DINERO EN EFECTIVO	**$**

PARTE D – DESASTRE GASTOS (Durante el período de tiempo del desastre)	**MONTO**
Alimentos dañados por el desastre	$
Cuidado de personas a cargo a consecuencia del desastre	$
Gastos funerarios / médicos ocasionados por el desastre.	$
Gastos de mudanza y almacenamiento a consecuencia del desastre	$
Gastos de albergue temporal	$
Gastos de protección de la propiedad a causa del desastre	$
Gastos de reparación o reemplazo de enseres domésticos o de enseres de la propiedad de empleo propio	$
Otros gastos relacionados con la devastación	$
TOTAL DE GASTOS OCASIONADOS POR EL DESASTRE	**$**

PARTE E – ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES

Si a su hogar se le aprueba el subsidio DSNAP, debe acatar las reglas a continuación. Es posible que después de que su hogar reciba el subsidio DSNAP, éste sea seleccionado con motivo de realizar una revisión federal o estatal con el fin de cerciorarnos de que su hogar reunía los requisitos para recibir la asistencia por desastres. NO DÉ información falsa o retenga datos con el propósito de recibir DSNAP o continuar recibiendo SNAP. NO DÉ o venda prestaciones de DSNAP o documentos de autorización a ninguna persona que no sea la persona autorizada. NO USE DSNAP para comprar artículos no autorizados, tales como alcohol o tabaco. NO UTILIZE el subsidio DSNAP perteneciente a otro grupo familiar para beneficio de su propio hogar.

PARTE F – ATESTACIÓN Y FIRMA

Entiendo las preguntas formuladas en esta solicitud, como también las sanciones que se imponen por retener o dar información falsa. Mi hogar necesita alimentos de emergencia debido al desastre. Por este motivo, yo afirmo, so pena de perjurio, que los datos que he suministrado son exactos e íntegros, según mi leal saber y entender. A su vez, autorizo la revelación de todo dato pertinente con el fin de verificar la exactitud de mi reconocimiento. Entiendo que, si yo no estoy de acuerdo con la decisión tomada en mi caso, tengo el derecho a solicitar una audiencia imparcial (en persona o por teléfono) , ya sea de forma verbal o por escrito.

SOLICITANTE, REPRESENTANTE AUTORIZADO O TESTIGO (si se coloca una x en vez de una firma)	**Firmado el día:**

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

Parte G-CÁLCULOS PARA DETERMINAR LA HABILITACIÓN (esta sección deberá ser rellenada por los trabajadores de casos del programa SNAP)			
DGIL (<$100 in Disaster Expenses)	**Amount**	**DGIL with DSED (>$100 in Disaster Expenses)**	**Amount**
1. Total anticipated income (From Part B)	$	1. Total anticipated income	$
2. Total accessible case resources (From Part C)	$	2. Total accessible cash resources	$
3. Add #1 and #2	$	3. Add #1 and #2	$
4. Total disaster expenses	$	4. Maximum Gross Income Limit (amount from Disaster Table A)	$
5. Total available funds (Subtract #4 from #3)	$	5. **ELIGIBLE** (#3 is equal to or less than #4) Max Monthly Benefit Amount for HH of _____	$
6. Maximum Gross Income Limit (Amount from Disaster Table B)	$	6. **INELIGIBLE** (#3 is greater than #4)	$
7. **ELIGIBLE** (#5 is equal to or less than #6) Max Monthly Benefit Amount for HH of _____	$		
8. **INELIGIBLE** (#5 is greater than #6)	$		

Según los principios generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S Department of Agriculture, USDA) está prohibido discriminar en contra de los clientes, empleados o solicitantes de empleo de dicho organismo basándose en raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad, sexo, identidad de sexo, religión, represalias y donde sea pertinente, ideas políticas, estado civil, situación de familia o situación de padre / madre, orientación sexual; o sobre la base en cuanto a si el ingreso (parcial o total) proviene de un programa de asistencia pública, o sobre la base de datos genéticos protegidos en relación con la solicitud de un empleo o de un programa o actividad dirigido por el Departamento. (No todas las instancias prohibidas aplican a todos los programas o actividades de empleo).

Si desea registrar una queja por discriminación ante el programa de Derechos Civiles, rellene el formulario de queja del Programa de Quejas por Discriminación del USDA el cual puede obtener en línea en:http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html ; o en una oficina del USDA o marcando el (866) 632-9992 donde podrá solicitarlo. También puede mandar una carta con todos los datos indicados en el formulario. Envíenos el formulario de queja rellenado o la carta por correo a la siguiente dirección: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410. O por fax al (202) 690-7442; o por correo electrónico al: program.intake@usda.gov.

Las personas con sordera, dificultades auditivas o discapacidades de habla, pueden comunicarse con la oficina del USDA por medio del sistema de transmisión federal marcando el (800) 877-8339; o el (800) 845-6136 (español).

Si tiene preguntas o temas a tratar sobre el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), comuníquese con la línea directa de USDA SNAP al (800) 221-5689; se le atiende la llamada en español o puede marcar el número de teléfono de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance)*: (800) 342-3009 o comuníquese con su oficina local de servicios sociales del distrito

También puede encontrar información en línea enhttp://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

«USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades».

Human Resources Administration
Department of Social Services
Family Independence Administration

CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD

Yo, _____, no solicité un beneficio del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria de Desastre (D-SNAP) en la Ciudad de Nueva York en diciembre del 2012 debido a una discapacidad.

El 27 de octubre del 2012, yo residía en:

Dirección: _____

_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

La dirección indicada más arriba está ubicada en uno de los siguientes códigos postales: 10002, 10306, 11224, 11235, 11231, 11691, 11692, 11693, 11694, 11697, 11229 (al sur de Allen Avenue en Coney Island), o 10305 (al sur de Seaview Avenue en Staten Island).

Declaro bajo pena de perjurio que lo antemencionado es exacto y verdadero.

En letra de molde: _____ _____ _____
Nombre I. Apellido

Firma: _____ Fecha: _____

Human Resources Administration
Department of Social Services
Family Independence Administration

SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA DE DESASTRE PARA LOS DISCAPACITADOS (D-SNAP PD)

Nombre: _____ **Fecha**: _____

Nosotros necesitamos esta información sólo para facilitar la tramitación de su caso. El estado de inmigración no afecta la elegibilidad.

INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO

Si usted incluyó información sobre empleo en la **Parte B - Miembros del Grupo Familiar y los Ingresos Durante el Período de Tiempo del Desastre** de la Solicitud del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) en Caso de Emergencia Debido a un Desastre (**LDSS-4988 [SP]**), nosotros necesitamos la siguiente información para cada miembro del hogar listado con ingreso entre octubre 27, 2012 y noviembre 25, 2012:

	Nombre	I	Apellido	Empleador	Horas Mensuales Trabajadas:	Día de la semana de paga:
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

INFORMACIÓN DE CIUDADANÍA

¿Es usted Ciudadano de EEUU ? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE IDIOMA

¿Cuál es su idioma oral preferido? Favor de seleccionar sólo **UNO**.

☐ arábigo ☐ haitiano - creol ☐ coreano ☐ español
☐ chino ☐ inglés ☐ ruso ☐ Otro idioma: _____

¿Necesita usted servicios gratuitos de interpretación? ☐ Sí ☐ No

Los avisos por escrito pueden enviarse en los idiomas listados a continuación. Favor seleccioine sólo **UNO**. Si su idioma preferido no está listado, favor de marcar (☑) inglés.

☐ inglés ☐ arábigo ☐ haitiano - creol ☐ ruso
☐ chino ☐ coreano ☐ español