

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA

Nombre:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
---------	------------	---------	---------	-----

Información Racial/Étnica: (Solo Para Fines Estadísticos)

<input type="checkbox"/> Negro (No de Origen Hispana)	<input type="checkbox"/> Blanco (No de Origen Hispana)	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano/de Alaska	<input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii u otra isla del Pacífico

Determinación de Elegibilidad

Sección A. Participación en Programas Calificadores

Si todos los miembros del hogar reciben beneficios de cualquiera de los programas calificadores nombrados a continuación, automáticamente son elegibles para recibir beneficios del Programa para Asistencia Alimentaria de Emergencia. Marque la caja apropiada para indicar en cuál programa ellos están participando:

Cupones de Alimentos
 TANF (Independencia Familiar)
 SSI

Si no marca ninguno de los programas anteriores, debe completar la sección B.

Sección B. Elegibilidad basada en ingresos

Si el hogar no participa en uno de los programas calificadores nombrados en la sección A, determine si el ingreso del hogar está en o por debajo del límite de ingresos para el tamaño del hogar. Nombre a continuación el número de miembros en el hogar y el ingreso bruto total mensual de todos los miembros del hogar:

Número de miembros en el hogar: _____

Ingreso Bruto Mensual: _____

Véase el gráfico de Elegibilidad basada en ingresos para determinar elegibilidad.

Información Opcional

Dirección de correo:	Teléfono:
----------------------	-----------

Edad 1 ^{er} Miembro del Hogar:	Edad 2 ^{do} Miembro del Hogar:	Edad 3 ^{er} Miembro del Hogar:	Edad 4 ^{to} Miembro del Hogar:	Edad 5 ^{to} Miembro del Hogar:
Edad 6 ^{to} Miembro del Hogar:	Edad 7 ^{mo} Miembro del Hogar:	Edad 8 ^{vo} Miembro del Hogar:	Edad 9 ^{vo} Miembro del Hogar:	Edad 10 ^{mo} Miembro del Hogar:

Certifico con mi firma que el ingreso de mi hogar está en o por debajo del límite para el tamaño de mi hogar según el gráfico de Elegibilidad basada en Ingresos del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia, **O** que mi hogar participa en el programa calificador que ha sido seleccionado arriba en este formulario. También certifico que, al día de hoy, mi hogar vive en un área en que el el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia de Carolina del Sur ofrece sus servicios. Este formulario de certificación está siendo completado en conexión con haber recibido asistencia Federal. Los oficiales del programa pueden verificar lo que yo he certificado como verdad. Entiendo que hacer una declaración falsa podría resultar en tener que pagar al estado el valor de la comida que fue otorgada de manera inapropiada a mí y me podría someter a acción penal bajo las leyes estatales y federales.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participen o administren programas del USDA tienen prohibido la discriminación en base a raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o retaliación por actividades anteriores concernientes a derechos civiles en cualquier programa o actividad organizada o financiada por el USDA.

Personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (ej. Braille, letras grandes, grabación en audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (Estatal o local) donde ellos solicitaron beneficios. Individuos sordos, que tengan dificultades para oír o tengan discapacidades del habla, se pueden comunicar con el USDA a través del Servicio de Sistema Federal de Transmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede hacerse disponible en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se puede encontrar en el internet en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba un carta dirigida al USDA y en la carta proporcione toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario completado o su carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidad.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Las siguientes personas están autorizadas a solicitar y recibir a nombre mío comida del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia.

- _____
- _____

Espacio Adicional para Firmas

El solicitante debe firmar a continuación cada vez que se haga una solicitud inicial para asistencia alimentaria. La información de elegibilidad que fue proporcionada inicialmente debe ser revisada cada vez para determinar que el solicitante sigue cumpliendo los requisitos de elegibilidad.

Mi firma a continuación certifica mi continua elegibilidad para el Programa de Productos del USDA en base a la participación en programas calificadoros o que el ingreso bruto del hogar está en o por debajo del límite para un hogar del tamaño del mío.

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha

Recibido Por: _____
Firma del Receptor Fecha