



(Sólo para uso de la oficina)

NÚMERO DEL CASO: _____
NOMBRE DEL CASO: _____
FECHA DE LA SOLICITUD: _____

Solicitud para Estampillas de Comida

Por favor escriba en letra de molde claramente y conteste todas las preguntas. Usted y, cualquier persona que resida con usted, puede que necesite proveer comprobantes de todos los ingresos, bienes y ciertos gastos tal como la renta o hipoteca. Se requiere que procesemos su solicitud dentro de los treinta días de haberla recibido. Usted puede completar este formulario en su casa y enviarlo por correo o traerlo a la oficina de estampillas de comida, o un miembro de su hogar o un adulto que lo conozca a usted, puede completarlo y devolverlo a nuestra oficina por usted. Si un representante autorizado completa y firma este formulario por usted, él / ella debe contestar las preguntas relacionadas al solicitante y no al representante autorizado.

Nombre: _____
(Encargado del Hogar)

Dirección: _____
(Número) (Calle) (Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Dirección de Correo, si es diferente: _____

Teléfono: (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Emergencia) _____

Firma: _____ Fecha: _____

CIUDADANÍA / Estatus de INMIGRACIÓN

Si usted o cualquier miembro de su unidad de estampillas de comida no están solicitando para estampillas de comida debido a que no desean verificar su estatus de inmigración, no tienen que proveer la información. No proveer la información sobre el estatus de inmigración, no afectará procesar la solicitud para el resto de los miembros de la unidad de estampillas de comida. Pero, cualquier miembro de su unidad de estampillas de comida que esté solicitando beneficios tiene que proveer información sobre su estatus de inmigración.

¿Son todos los miembros de la unidad de estampillas de comida ciudadanos de los Estados Unidos? Sí __ No __

Complete la siguiente información para cualquier persona que no es ciudadano y que está solicitando estampillas de comida. Si necesita más espacio, añada otra hoja de papel.

Nombre	Edad	Fecha de Llegada a Estados Unidos	Núm. de Tarjeta de Extranjería
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Si hay algún miembro de la unidad de estampillas de comida que no está solicitando beneficios debido a que no quiere proveer comprobantes de su estatus de inmigración, por favor escriba los nombres a continuación. **Solamente le haremos preguntas sobre los ingresos y bienes de ellos.**

Nombre (Apellido)	(Nombre)	(Inicial)	Nombre	(Apellido)	(Nombre)	(Inicial)
1.			4.			
2.			5.			
3.			6.			

Solicitud para Estampillas de Comida

Marque la casilla que describe dónde usted vive:

- Apartamento rentado/Casa/casa móvil Vivienda con subsidio federal Hospital
 Casa propia / casa móvil Hotel En la casa de otra persona
 Cuidado a largo plazo en institución Lugar de cuidado en grupo
 Otro (Por favor explique) _____

Su Grupo Étnico: Se pide esta información para cerciorarnos que todos reciben los servicios con igualdad. Por favor marque la casilla que mejor describe su grupo étnico.

- | | | |
|--|---|----------|
| (Código) | | (Código) |
| <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) (1) | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | (3) |
| <input type="checkbox"/> Negro (no hispano) (2) | <input type="checkbox"/> Asiático o isleño del Pacífico (incluye Indochina) | (7) |
| <input type="checkbox"/> Hispano (incluye mexicano, puertorriqueño, cubano, dominicano u otra cultura de Sur o Centro América, sin considerar la raza) | | (6) |

¿Habla inglés con fluidez el miembro adulto de su hogar que usualmente maneja su caso con el Departamento de Servicios Humanos y / o el Departamento de Ayuda Pública?

Sí No

¿Lee inglés con fluidez el miembro adulto de su hogar que usualmente recibe la correspondencia o información escrita del Departamento de Servicios Humanos y / o Cuidado de Salud y Servicios Para Familias (HFS)?

Sí No

Si marcó "No" a alguna de las respuestas indicadas arriba, ¿qué idioma habla usted? _____

Miembros del Hogar (Unidad de Estampillas de Comida)

Inclúyase usted, ¿cuántas personas viven con usted? _____

¿Tiene usted o alguien que vive con usted sesenta años de edad o más? Sí No

¿Está usted o alguien que vive con usted, ciego? Sí No

¿Hay alguien discapacitado? Sí No Si contestó sí, ¿quién? _____

¿Es este un hogar de refugiados? Sí No

Empezando con usted, por favor indique todos los que están solicitando beneficios con usted e indique en el último cuadro si compran y preparan los alimentos juntos.

(Apellido)	(Nombre) (Inicial)	M / F	Fecha de Nac.	# Seguro Social	Parentesco	Circule su respuesta	
1.					Yo	¿Compra y prepara alimentos con usted?	
2.						Sí	No
3.						Sí	No
4.						Sí	No
5.						Sí	No
6.						Sí	No
7.						Sí	No
8.						Sí	No
						Sí	No

Por favor añada una hoja separada para las personas adicionales.

¿Hay alguien nombrado en la lista indicada arriba que:

- recibió estampillas de comida en los últimos sesenta días?..... Sí No
- solicitó o recibió estampillas de comida usando diferente nombre?..... Sí No
- fue convicto por cometer fraude relacionado a estampillas de comida?..... Sí No

Si usted contestó "sí" a cualquiera de las preguntas indicadas arriba, por favor explique: _____

¿Hay alguien que vive con usted y no está solicitando beneficios? Si contestó sí, por favor indíquelo aquí:

Nombre:

Parentesco con usted:

Residencia

¿Vive usted en Illinois?..... Sí No

¿Está usted en un albergue, casa de rehabilitación, o lugar similar el cual provee albergue?Sí No

¿Está usted temporalmente viviendo en la casa de otra persona?.....Sí No

(a) Si contestó sí, ¿se debe esto a que usted no tiene un lugar para vivir y de otra manera estaría forzado(a) a vivir en un lugar como un albergue o en la calle?.....Sí No

(b) Si contestó sí, ¿es usted el padre, madre, hijo(a), cónyuge, hermano(a) de alguien que vive en esa casa?.....Sí No

¿Está usted en un lugar que normalmente no es usado como un lugar regular para dormir tal como un corredor, parada de autobús, biblioteca, parque, carro o en la calle?.....Sí No

¿Es usted residente de: un lugar de vivienda en grupo?.....Sí No

un albergue para mujeres maltratadas?.....Sí No

un lugar de tratamiento de drogas / alcohol?.....Sí No

¿Le paga usted a alguien: (a) por un cuarto? Sí No (b) ¿por sus comidas? Sí No

Estipulaciones de Trabajo

¿Puede trabajar cada persona que tiene de 18 a 59 años de edad?.....Sí No

¿Va a la escuela alguien de la unidad de estampillas de comida de 18 a 49 años de edad?Sí No
Si contestó sí, ¿quién?: _____

¿Se necesita que alguien se quede en el hogar para cuidar a una persona enferma?.....Sí No
Si contestó sí, ¿quién?: _____

¿Participa alguien en un programa de tratamiento para alcoholismo / adicción de drogas?.....Sí No
Si contestó sí, ¿quién?: _____

¿Es alguien responsable por el cuidado de un niño dependiente menor de 6 años?.....Sí No
Si contestó sí, ¿quién?: _____

Anote aquí a todas las personas de 18 a 59 que no pueden trabajar por razones médicas: _____

Estatus de Estudiante

¿Va a la escuela alguien de la unidad de estampillas de comida de 18 a 49 años de edad que no sea una escuela secundaria?.....Sí No

Nombre: _____
Nombre: _____

Escuela _____
Escuela _____

¿Está registrado el estudiante parte del tiempo o más tiempo?Sí No

Recursos

¿Hay algún miembro de la unidad de estampillas de comida que tenga un automóvil, camión, bote, caravana, motocicleta u otro vehículo? Sí No Si contestó sí, ¿cuántos vehículos? _____

Describe: Marca _____ Modelo _____ Año _____

Marca _____ Modelo _____ Año _____

(Use una hoja adicional si es necesario)

¿Cuánto dinero tienen los miembros de la unidad de estampillas de comida en: Efectivo \$ _____

Cuenta de Cheques \$ _____ Ahorros / Asociación de Crédito \$ _____ Acciones, Bonos, Otro \$ _____

¿Tiene algún miembro de su unidad de estampillas de comida bienes raíces (propiedades) (además de la casa en que vive?) Sí No

Si contestó sí, describa la propiedad: _____

¿Algún miembro vendió, cambió o regaló algo de mucho valor durante los últimos tres meses?

Sí No Si contestó sí, por favor explique: _____

Ingresos de Trabajo

¿ Ha dejado de trabajar alguien en los últimos tres meses?Sí No

¿ Está en huelga alguien de su unidad de estampillas de comida?.....Sí No

¿Ha dejado el trabajo algún miembro de su hogar, reducido las horas de trabajo a menos de 30 horas por semana o rehusó un trabajo en los últimos 60 días?.....Sí No
Si contestó sí, ¿quién? _____ ¿Por qué? _____

¿ Hay alguien que tiene negocio propio o trabaja por su cuenta?.....Sí No

Complete todo lo que se pide para cada miembro que tiene un empleo. Si algún miembro tiene más de un empleo, escríbalo separado. También incluya la persona que tiene un negocio propio o trabaja por su cuenta.

Miembro del Hogar	Empleador / Origen	Dirección	Pago Bruto	Horas / Semana	Frecuencia de Pagos
1.			\$		
2.			\$		
3.			\$		
4.			\$		

(Añada otra hoja si es necesario)

Otros Ingresos

¿Hay alguien que recibe alguno de los siguientes ingresos? Si contestó sí, marque todo lo que aplique y a continuación provea la información completa:

- TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) GA (Asistencia General)
- Ingresos del Seguro Suplemental (SSI) Seguro Social Inquilinos y Huéspedes
- DCFS para cuidado de niños Empleo Beneficios de Desempleo
- Becas, préstamos a estudiantes, y concesiones Manutención de Niños Asistencia de otro estado
- Pensiones o Ingresos de Retiro Dinero de amigos/familiares (regalos/préstamos)
- SSP (Pago Suplementario del Estado para Ancianos, Ciegos o Discapacitados)
- Cualquier otra fuente de ingresos (Explique a continuación)

Origen de Ingreso	Ingreso Bruto	Cuándo lo recibió	Frecuencia	Persona con Ingreso

(Explique) _____

Inquilinos Y Huéspedes

¿Hay alguien que paga a un miembro de la unidad de estampillas de comida por comida, un cuarto, o ambas cosas?

Sí No Si contestó sí, complete lo siguiente:

Nombre del huésped / inquilino _____ Cantidad:\$ _____ Frecuencia de Pago: _____

Cuidado de Dependientes

¿Hay alguna persona en su unidad de estampillas de comida que paga a alguien para cuidar a un niño(a) o a un adulto

discapacitado para que usted o esta persona pueda trabajar, buscar un trabajo o recibir entrenamiento?Sí No

Si contestó sí, ¿Quién provee este cuidado? Nombre: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del Dependiente	Cantidad Pagada	Frecuencia de Pagos	¿Paga alguien este gasto por usted?
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

Manutención de Niños

¿Paga alguien por manutención de niños ordenado por una orden del tribunal u orden administrativa?.....Sí No

Si contestó sí, complete lo siguiente:

Cantidad	Frecuencia	Cantidad Pagada	Frecuencia Pagada	¿Para Quién es el Pago?
\$		\$		
\$		\$		
\$		\$		

Costos de Vivienda

Complete lo siguiente para cada costo de vivienda que aplica a su hogar.

Gastos:	Cantidad	Frecuencia de Pago	¿Costo Compartido?	Cantidad que Usted Paga	Pagado por Otros
Renta:	\$			\$	\$
Hipoteca:	\$			\$	\$
Impuestos	\$			\$	\$
Seguros	\$			\$	\$
Renta de lote	\$			\$	\$

Si usted renta un apartamento o casa, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Dueño: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Gastos De Servicios Públicos

1. ¿Recibe usted, está solicitando o anticipa solicitar para el Programa de Asistencia Para Energía Para Personas Con Bajos Ingresos (LIHEAP) (En Chicago los pagos los hace CEDA)?..... Sí No

2. Si contestó No, ¿le cobran separado de su renta o hipoteca por:

calefacción o aire acondicionado?..... Sí No

¿Tiene costos excesos por calefacción o aire acondicionado?..... Sí No

NOTA: El aire acondicionado puede ser central o estar instalado en la ventana.

Complete lo siguiente si contestó (No) a la pregunta 1 y a usted le cobran por calefacción, aire acondicionado o electricidad junto con la renta o hipoteca:

Gastos	Cantidad	¿Es el Costo Compartido?	Cantidad que Usted Paga	Cantidad Pagada por Otros
Electricidad	\$		\$	\$
Agua y/o Alcantarillado	\$		\$	\$
Basura	\$		\$	\$
Combustible para Cocinar	\$		\$	\$
Servicio Básico de Teléfono (incluye tel. Celular)	\$		\$	\$
Instalación / Mantenimiento de Pozo Séptico	\$		\$	\$
Instalación / Mantenimiento de Pozo de Agua	\$		\$	\$
Cuota por comienzo de Servicio Públicos (Especifique los servicios públicos que usted paga)	\$		\$	\$
Una cantidad fija por Servicios Públicos (Especifique los servicios públicos que usted paga)	\$		\$	\$

Gastos Médicos

Anote todos los gastos médicos de cualquier miembro de la unidad de estampillas de comida que está discapacitado, o tiene 60 años de edad o más, los cuales no serán pagados por otra persona. Anote su costo después que el seguro de salud o Medicare haya pagado. (Usted tiene que proveer verificación de los gastos)

Tipo de Gastos	Su Costo	Frecuencia de Pagos	Persona con el Gasto
Médico <u> Dental </u>	\$		
Hospital o cuidado de enfermera:	\$		
Medicare / seguro de salud:	\$		
Medicinas recetadas:	\$		
Dentaduras / audífonos / espejuelos o anteojos	\$		
Transportación para cuidado médico:	\$		
Servicios de enfermería / ayudante:	\$		
Otro (especifique)	\$		

(Añada otra hoja, si es necesario)

¿Usted o alguien que usted indicó en la lista, come todas o algunas de sus comidas en un restaurante o participa en un programa de entrega de comidas a domicilio?.....Sí No

Representante Autorizado

Si usted quiere que alguien que no sea la persona encargada de la unidad de estampillas de comida pueda completar el proceso de la solicitud y, o use los beneficios para comprar alimentos para la unidad de estampillas de comida, escriba el nombre y la dirección de esa persona a continuación:

Nombre del Representante Autorizado: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
(Número) (Calle) (Núm. de Apto.) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Firma

Por favor lea las páginas ocho y nueve de esta solicitud las cuales contienen información importante referente a las verificaciones o comprobantes requeridos, sus derechos, responsabilidades para reportar cambios y avisos sobre penalidades:

Al firmar a continuación, yo juro o afirmo, bajo penalidad de perjurio, que las respuestas en este formulario son verdaderas y correctas de acuerdo con lo mejor de mi conocimiento.

Yo he leído, o me han leído, la información referente a las verificaciones o comprobantes, mis derechos, responsabilidades para reportar cambios y el aviso de penalidades contenidos en las páginas ocho y nueve de esta solicitud. Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa o por no cumplir con alguno de los reglamentos indicados en el aviso de penalidades.

Yo entiendo que si aprueban mi solicitud para beneficios de estampillas de comida y recibo más beneficios de los que tengo derecho, aunque haya sido error de mi parte o de la agencia, la cantidad de sobrepago o exceso de beneficios son sujetos a reembolso / recobro.

Su Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: (si usted firmó con una "x"): _____ Fecha: _____

Usted es: (marque uno) Encargado de la unidad de estampillas de comida o miembro de la unidad de estampillas

Representante de la unidad de estampillas de comida (Nota: Se requiere una autorización escrita de la unidad de estampillas de comida)

******* Por favor guarde las páginas ocho y nueve para referencia. Contienen información importante .*******

Información Importante

Números De Seguro Social

La ley federal requiere un número de seguro social (SSN) para cada miembro en su hogar que solicita beneficios de estampillas de comida. No se requiere un número de seguro social para los miembros de su hogar que no son elegibles para beneficios de estampillas de comida o para los que no quieren solicitar. Si usted o algún miembro de su hogar quiere solicitar beneficios de estampillas de comida pero no tiene un número de seguro social, le podemos ayudar a obtener uno. El número de seguro social será usado en la administración del programa de estampillas de comida para verificar la identidad de los miembros del hogar, prevenir la participación duplicada y para facilitar hacer cambios masivos. El número de seguro social, así como otra información provista, también será usada para la comparación de información en computadoras y revisión del programa o auditorias para cerciorarse que el hogar es elegible para estampillas de comida, otros programas federales de asistencia y programas estatales que reciben asistencia federal, tal como almuerzos en la escuela, TANF y Medicaid. La participación fraudulenta en el programa de estampillas de comida puede resultar en tomar acción debido a un delito, acción civil, o reclamos administrativos en contra de las personas que fraudulentamente participan en el programa de estampillas de comida.

Verificaciones o Comprobantes

Tendrá que proveer documentos para comprobar lo que ha dicho en su solicitud. Usted tiene que estar de acuerdo con esto. Si los documentos no están disponibles, usted tiene que estar de acuerdo en dar el nombre de una persona u organización para que la oficina de estampillas de comida pueda obtener las pruebas necesarias.

En esta solicitud usted tiene que reportar:

Gastos de cuidado de niños
Gastos de servicios públicos

Usted tiene que reportar **y** verificar:

Pagos de renta o hipoteca, impuestos de propiedad y seguros
Gastos médicos
Mantenimiento de niños pagado a un miembro que no está en su unidad de estampillas de comida

Los pagos de mantenimiento de niños están sujetos a verificación haciendo comparaciones por medio de computadora con los registros de la División de Cumplimiento de Mantenimiento de Niños.

Si no reporta o verifica los gastos, será visto como una declaración de su unidad de estampillas de comida que usted no quiere recibir la deducción por la cantidad de los gastos que no reportó.

Derechos Y Responsabilidades Para Reportar Cambios

Los cambios en las circunstancias en su unidad de estampillas de comida que ocurran mientras la solicitud está pendiente y una vez sea aprobada, tienen que ser reportados dentro de los diez días de la fecha en que ocurrió el cambio, a menos que se le notifique de otra manera. Si tiene dudas con relación a reportar algún cambio, llame a su trabajador(a) del Departamento de Servicios Humanos.

Puede pedir una audiencia imparcial oralmente o por escrito si hay un desacuerdo con cualquier acción tomada en este caso. El caso de la unidad de estampillas de comida puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona escogida por la unidad de estampillas de comida.

Información Importante

De acuerdo con la ley federal y el reglamento del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y el Departamento De Salud y Servicios Humanos (HHS de Estados Unidos), esta institución prohíbe la discriminación basándose en la raza, color, origen étnico, sexo, edad, discapacidad, religión o afiliación política.

Para registrar una queja referente a discriminación, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos (DHS), USDA, o HHS. Escriba DHS, al Departamento de Servicios Humanos , EEO/AA Office, 401 South Clinton St, 7th Floor, Chicago, Illinois, 60607. Escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y Teletipo). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (Teletipo). DHS, USDA y el HHS son proveedores y empleadores que practican igualdad de las oportunidades.

Aviso de penalidades

El Departamento obtiene y usa información acerca de todos los clientes por medio del Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos. Esto incluye información tal como los beneficios del Seguro Social, Seguro de Desempleo, ingresos que no son de trabajo tal como intereses y dividendos y, salarios de trabajo. Cualquier información obtenida será usada para determinar la elegibilidad para asistencia y la cantidad de asistencia provista. Cuando se encuentran discrepancias, la verificación de esta información puede ser obtenida por medio de contactos con terceras personas tal como empleadores, representantes de reclamos, o instituciones financieras. Esta información puede afectar su elegibilidad para asistencia y la cantidad de asistencia provista.

La información en este formulario está sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales. Si se encuentra que alguna información es incorrecta, le pueden negar los beneficios de estampillas de comida y / o puede estar sujeto a procesamiento por el delito de haber dado información falsa.

Las personas que el tribunal los declara culpables de haber cambiado beneficios de estampillas de comida por armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas serán excluidas del programa de estampillas de comida: 1) 24 meses por la primera ofensa y permanentemente por la segunda ofensa referente a la venta de sustancias controladas por beneficios de estampillas de comida y, 2) permanentemente, por la primera ofensa referente a la venta de armas de fuego, municiones o explosivos por beneficios de estampillas de comida.

La persona que es declarado culpable de traficar con los beneficios de estampillas de comida será excluida permanentemente del programa de estampillas de comida.

La persona que se encuentra ha hecho una declaración o representación fraudulenta referente a su identidad y residencia para obtener beneficios múltiples al mismo tiempo, será excluida por 10 años.

Las personas que son delincuentes fugitivos o que violan su libertad condicional o bajo palabra, no son elegibles para estampillas de comida.

Cualquier miembro de su unidad de estampillas de comida que intencionalmente viola cualquiera de los siguientes reglamentos puede ser excluido del programa de estampillas de comida por 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación y, permanentemente, por la tercera violación. El individuo también puede ser multado hasta por \$250,000, encarcelado hasta por 20 años, o puede recibir ambas penalidades. El individuo también puede estar sujeto a más procesos judiciales bajo otras leyes federales aplicables.

No oculte ni de información falsa para recibir o continuar recibiendo estampillas de comida.

Las estampillas de comida no pueden ser vendidas o negociadas.

Las estampillas de comida solamente pueden ser usadas para la compra de comestibles y no pueden ser usadas para comprar artículos que no son elegibles, tal como bebidas alcohólicas y tabaco.

No use las estampillas de comida de otra persona para su unidad de estampillas de comida.