



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO DE CONNECTICUT
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL POR DESASTRES (D-SNAP)

W-799S (Rev. 7/22)

For Office Use Only	IMPACT checked? <input type="checkbox"/> Yes
Card #: _____ Application Date: _____	Benefit Amount: \$ _____
Disaster Benefit Period: Begin: _____ End: _____	Household Size: _____
All Household members entered in the ImpaCT database? <input type="checkbox"/> Yes	

Complete esta solicitud con veracidad y hasta donde alcance su mejor conocimiento. Si su hogar se niega a dar alguna información solicitada no se concederá el D-SNAP. Deberá presentar prueba de su identidad cuando lo entrevisten y podría tener que verificar su residencia. Podría tener que probar gastos que sean cuestionables. Usted puede dar permiso para que otra persona solicite ayuda, o que le ayuden a obtener y utilizar su D-SNAP.

Cabeza de Familia	Nombre y dirección del Representante Autorizado (si lo hubiera)
Dirección permanente y número de teléfono	Dirección temporal y número de teléfono

Enumere las personas que viven en su hogar, con usted incluido. **Si usted está alojado temporalmente en otro hogar a causa del desastre, no enumere a los miembros de ese otro hogar.** Incluya el número de Seguro Social de cada miembro de su hogar y la fecha de nacimiento. **Indique la fuente y el monto del pago que lleva para la casa (el pago neto después de las deducciones), así como cualquier otro ingreso que esté recibiendo, o que su familia vaya a recibir durante el período de beneficios por desastre.** El número de Seguro Social no es requerido por la ley, pero es útil para identificar a los miembros de su familia y asegurarse de que son elegibles para el D-SNAP. Puede utilizarse para la revisión de programas por computadora o auditorías.

MIEMBROS DEL HOGAR					INGRESOS	
Nombre del miembro del hogar	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	¿Es usted Hispano o Latino?	Código(s) de Origen Racial*	Fuente/Tipo: Empleo, Beneficios de Seguro Social, Pensión, Desempleo, etc.	Cantidad total recibida / o que recibirá durante el período de beneficio por desastre
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fuente _____	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fuente _____	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fuente _____	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fuente _____	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fuente _____	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fuente _____	

*Código(s) de Origen Racial: **A** = Asiático **B** = Negro o de Descendencia Africana **C** = Blanco
(Ponga la letra que aplique.) **N** = Nativo Americano o Nativo de Alaska **P** = Nativo de Hawaii o de Otra Isla del Pacifico

¿Está usted, o alguien en su hogar, empleado actualmente por el Estado de Connecticut? Sí No
 Si dijo que sí, diga quién es y qué agencia o departamento: _____

¿Está usted o algún miembro de su hogar ya recibiendo El Programa de Asistencia para Recibir Alimentos en Caso de Emergencia (TEFAP) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones de Indígenas (FDPIR)? Sí No
 Si dijo que sí, indique cuáles miembros de su hogar: _____

¿Recibe usted, o alguien en su hogar, actualmente SNAP (antes, Sellos de Alimentos)? Sí No
 Si dijo que sí, diga quién en su hogar lo recibe _____

SITUACIÓN DEL HOGAR	Sí	No
¿Estaba su núcleo familiar viviendo en la zona del desastre en el momento de el catástrofe?		
¿Compró su hogar alimentos durante el período de beneficios por desastre?		
¿ El desastre retraso, redujo o detuvo los ingresos de su hogar?		
¿ Tiene su núcleo familiar dinero en el banco al cual no pueden acceder durante el período de desastre?		
¿Hubo comida perdida en su hogar a causa del desastre?		

Enumere todo el efectivo que su hogar podrá obtener durante el período de desastre. Indique los gastos causados por el desastre que su familia pagó o espera pagar durante este desastre. No incluya los gastos que fueron o serán pagados por alguien fuera de su hogar.

GASTOS DEL HOGAR RELACIONADOS CON EL DESASTRE	Sí	No	CANTIDAD	ACTIVOS DEL HOGAR	SÍ	No	CANTIDAD
Cuidado de dependientes debido al desastre				Dinero en efectivo			
Gastos médicos o funerales debido al desastre				Cuenta Corriente			
Costos de mudanza y almacenamiento debido al desastre				Cuenta de Ahorros			
Gastos de alojamiento temporal							
Costo de protección de la propiedad durante el desastre							
Costo de reparar o reemplazar artículos del hogar, o propiedad de trabajo por cuenta propia							
Otros gastos relacionados con el desastre. Enumérelos:							
Gastos totales relacionados con el desastre				Total de activos del hogar			

ADVERTENCIA DE SANCIONES

Si su hogar recibe D-SNAP tiene que seguir las reglas enumeradas debajo. Podremos elegir su hogar para hacer una revisión federal o estatal en cualquier momento después de recibir sus beneficios D-SNAP, para asegurarnos de que eran elegibles para recibir ayuda por desastre.

NO DÉ información falsa o oculte información para obtener o continuar recibiendo D-SNAP.

NO DE ni venda los beneficios D-SNAP, ni los documentos de autorización a personas no autorizadas para usarlos.

NO MODIFIQUE ningún beneficio D-SNAP o documento de autorización para obtener D-SNAP si no es elegible.

NO USE los beneficios de D-SNAP para comprar artículos no autorizados, como bebidas alcohólicas o tabaco.

NO USE los beneficios de D-SNAP de otro núcleo familiar, ni los documentos de autorización, para su hogar.

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las sanciones por ocultar o dar información falsa. Mi hogar está en necesidad de asistencia alimenticia inmediata como resultado del desastre. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he dado está correcta y completa hasta donde alcanza mi mejor conocimiento. También autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la exactitud de mi certificación. Entiendo que si estoy en desacuerdo con cualquier acción tomada en mi caso, tengo el derecho a solicitar una audiencia.

Solicitante, Representante Autorizado O Testigo (si firma con una X) _____
Fecha

Nombre Del Trabajador _____
Firma _____
Fecha

FOR ELIGIBILITY WORKERS USE ONLY	
1. Total Income received or anticipated during the disaster period	\$
2. Total Accessible Cash Assets	\$
3. Add #1 and #2	\$
4. Total Disaster Expenses or DSED	\$
5. Subtract #4 from #3	\$
6. Maximum Gross Income Limit	\$
Eligible: #5 is less than or equal to #6 ---- Ineligible: #5 is greater than #6	
Worker Notes:	

Esta informacion esta disponible en formatos alternativos. Teléfono (800) 842-1508 o TDD / TTY (800) 842-4524.

USDA Nondiscrimination Statement

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o 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 oportunidades.