

WISE AREA RELIEF MISSION (W.A.R.M.)

Solicitud doméstica de los alimentos

Sección 1 — Solicitud (Debe ser completado por el miembro del hogar)

Al firmar a continuación, certifico que

1. Soy un miembro de la familia viviendo en la dirección indicada en la Sección 2 y que solicita en el nombre de la familia, y estoy solicitando ayuda para alimentos.
2. Toda la información facilitada a la agencia que determinar mi elegibilidad del hogar es, en el mejor de los conocimientos y de la creencia, verdadera y correcta; y
3. La información proporcionada por el "Representante Autorizado" por la familia (como se asigna abajo a continuación o como autorizado en una página separada) es también en el mejor de los conocimientos y de la creencia, verdadera y correcta.

Nombre del miembro de la familia

Firma del miembro de la familia

Fecha: _____

Sección 2 — Información de hogar

¿Cuántas personas viven en su casa?

Tu eres el jefe del hogar? Si No

Dirección residencial (si está disponible)

Dirección	
Ciudad/Estado/ Código postal	

Si el hogar recibe otro tipo de asistencia, marque la opción(es) apropiada abajo. Ninguna prueba es necesaria.

<input type="checkbox"/>	Programa de ayuda suplementar de la nutrición (SNAP)
<input type="checkbox"/>	Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF)
<input type="checkbox"/>	Seguridad de ingreso suplementario (SSI)
<input type="checkbox"/>	Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido) (NSLP)
<input type="checkbox"/>	Medicaid

¿Cuál es el ingreso bruto total** (la cantidad antes de deducciones) de todos los miembros del hogar? Opcional si la casa recibe otra ayuda

ingresos brutos	<input type="checkbox"/> por año	<input type="checkbox"/> por mes	<input type="checkbox"/> por semana
\$			

* Los agricultores y los trabajadores autónomos pueden reportar beneficios netos (la cantidad después de los gastos de negocio).

Sección 3 — Necesidad Temporal de Alimentos por Crisis (Debe ser completada por la agencia recipiente sólo si se determina que el hogar es inelegible basándose en la información de la sección 2).

¿Necesita asistencia temporalmente el hogar con alimentos? Si No

Si marcó "sí," documente el motivo de la crisis..	
--	--

Sección 4 — Documentación de la Agencia Recipiente

El hogar es inelegible. (Por favor, explique en la casilla de "Comentarios" más abajo)

El hogar es elegible basado en lo siguiente. (Marque la opción adecuada.

- Bajos ingresos Medicaid
- SNAP TANF
- SSI NSLP (comidas gratis o a precio reducido)

Período de certificación dura hasta doce meses. Para necesidad temporal de alimentos por Crisis (sección 3), período de certificación dura hasta seis meses.

Dar la duración del período de certificación si el hogar es elegible.

Inicio: _____ Final: _____

Comentarios	
-------------	--

Firma del funcionario de la agencia recipiente _____

Fecha _____

Declaración USDA No Discriminación

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (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, discapacidad, edad, 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 necesitan medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej. Braille, letras grandes, cintas de audio y el lenguaje de señas americano, etc.), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde se aplica para los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o tienen discapacidades del habla puede comunicarse con USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del Inglés.

Para presentar una denuncia de discriminación, completa el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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.

- NEW
- UPDATE
- FOOD
- NO FOOD TODAY



WISE AREA RELIEF MISSION
Salvation Army, Wise County Unit
APLICACION PARA AYUDA

FECHA _____

CONDADO _____

La información suministrada a continuación es utilizada por W.A.R.M. para proveer asistencia. Si usted elige no proporcionar la información solicitada, honraremos su negativa, pero no estamos obligados a ayudarle.

Entiendo W.A.R.M. reserva el derecho de rechazar prestar el servicio si alguno de los siguientes casos:

- a) Cliente se percibe que es incapaz de llevar a cabo negocios. Ejemplos: de abuso de sustancia involucrados, violentos arrebatos, confrontaciones verbales y físicas.
- b) Falsificación de documentación o información escrita o verbal con el fin de obtener asistencia. Ejemplos falsa identificación/nombre, exageración del tamaño de la familia, dirección falsa o tergiversación de la asistencia anterior o actual.

Usted consiente en no sostener W.A.R.M. responsable del resultado de cualquier ayuda recibida o no recibido de W.A.R.M. o agencias mandadas a o por W.A.R.M.

CABEZA DE FAMILIA

Apellido _____ Nombre de Pila _____ M.I. _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Teléfono ____ - ____ - ____ D.L. or ID# _____

Seguridad Social # ____ - ____ - ____ Etnicidad _____ Estado Civil _____

Dirección de la calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Empleador _____ Fecha contratado ____ / ____

Descripcion de trabajo _____ Sueldo/Salario por hora \$ _____

Empleador anterior _____ Fecha de terminacion ____ / ____

Razón para dejar _____

CONYUGE O PAREJA QUE VIVE EN EL CASA

Apellido _____ Nombre de Pila _____ M.I. _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Teléfono ____ - ____ - ____ D.L. or ID# _____

Seguridad Social # ____ - ____ - ____ Etnicidad _____ Estado Civil _____

Empleador _____ Fecha contratado ____ / ____

Descripcion de trabajo _____ Sueldo/Salario por hora \$ _____

Empleador anterior _____ Fecha de terminacion ____ / ____

Razón para dejar _____

OTROS VIVIENDO EN LA CASA

<u>Nombre de Pila</u>	<u>Apellido</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Relacion a la cabeza</u>	<u>Seguridad Social #</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Como fueron referidos a nosotros? _____

No dude en una lista de cualquier necesidad de su hogar.

PRESUPUESTO DEL HOGAR

INGRESO MENSUAL LO QUE LLEVAR A CASA	CUANTO Y CON QUE FRECUENCIA
Salario	
Compensacion Workmans	
Desempleo	
Trabajos Esporadicos	
Seguridad Social	
SSI / SSDI / Discapacidad	
Pension / Retiro	
V.A.	
Manutencion Recibida	
T.A.N.F.	
SNAP / Cupones de Alimentos	
Ingresos de alquiler	
Regalias Petroleras y Gas	
Otros Ingresos	
INGRESOS TOTALES	

GASTOS MENSUALES LO QUE USTED GASTA	CUANTO Y CON QUE FRECUENCIA
Alquiler / Hipoteca / Pago de tierras	
Seguro de Hogar	
Pago de Manutencion	
Utilidades (Luz, Agua, Basura, Gas y Propano)	
Telefono / Celular / Internet	
Medicinas / Facturas del Medico	
Seguro Medico	
Comida	
Pago del Coche	
Seguro de Coche	
Gas para el Coche	
Vida o Seguros de Entierro	
Tarjetas de Credito o Prestamos	
Cable, Satellite, Dish, DirecTV	
Multa de Trafico / Libertad Condicional	
Otros Gastos del Hogar	
GASTOS TOTALES	

Convengo que no pueden dar a alimento a mi familia mas que una vez cada 30 dias de W.A.R.M.

Por la presente certifico que no he pagado dinero, propiedad o servicios para el alimento recibido, y que la información anterior es correcta y completa.

Yo/nosotros reconocemos que W.A.R.M. no levanta ni procesa el alimento que distribuye. Por lo tanto, W.A.R.M. no será responsable por la condición de los alimentos que distribuye. Entiendo que los productos que recibe son productos donados y distribuidos en buena fe. También entiendo que, en definitiva, es mi responsabilidad para examinar todos los productos antes de su consumo.

Firma _____

Fecha _____