

**ESTADO DE ALABAMA
ASISTENCIA ALIMENTICIA
SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA LAS PERSONAS MAYORES**

Case Number _____
Application Date _____
County _____

Esta solicitud es para personas que solicitan asistencia alimenticia cuando:

- Todos los integrantes del hogar que solicitan asistencia alimenticia tienen 60 años o más o
- Todos los miembros de la vivienda tienen 60 años o más y compran y preparan comida por separado de otras personas en el hogar y
- Ningún miembro de la vivienda que solicita asistencia alimenticia recibe ingresos del trabajo.

Usted puede presentar esta solicitud completando al menos su nombre, dirección y firmando el formulario. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a la línea directa 1-866-465-2285.

De acuerdo con la ley federal y con la política del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad, religión o creencias políticas. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame a la línea directa (866) 632-9992 (voz). Las personas que tienen dificultades auditivas o que tienen una discapacidad en el habla, pueden contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias.

Díganos quién es y en dónde vive.

Su nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
(Primero, segundo, apellido)

Dirección postal _____ Dirección donde vive (si es diferente) _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono o número para dejar mensajes _____ ((debemos poder contactarlo en este número de 8 a 5 de lunes a viernes))

Servicios expeditivos

Si aún no está certificado para obtener asistencia alimenticia este mes, puede obtener asistencia alimenticia dentro de 7 días si su hogar tiene poco o nada de dinero. Si desea ver si califica para Servicios expeditivos, responda estas preguntas.

1. ¿Cuánto tienen en efectivo o en una cuenta corriente los miembros de su vivienda? \$ _____
2. ¿Cuál es el monto total de ingreso que recibió o espera recibir este mes, incluido el dinero en efectivo? \$ _____
3. ¿Cuánto es su alquiler/pago de hipoteca mensual? \$ _____ Servicios aparte del teléfono \$ _____
4. ¿Usted o alguien en su vivienda recibieron o esperan recibir beneficios de asistencia alimenticia este mes? Sí No
Si la respuesta es sí, de parte de quién. _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿Desea darle permiso a alguien más para solicitar u obtener beneficios de asistencia alimenticia por usted? Sí No

Persona responsable de hacer la solicitud por usted.	Persona responsable de obtener una tarjeta EBT para comprar provisiones para usted.
Nombre _____	Nombre _____

Número de teléfono _____ Número de teléfono _____

1. Enumere a todos por los que está solicitando asistencia alimenticia. **DEBE** incluir a su cónyuge, si está viviendo con usted.

Número de seguro social	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Raza	Ciudadano de los EE. UU.	Relación con usted
								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Usted
								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ADJUNTE OTRA HOJA SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA LOS MIEMBROS DE SU HOGAR.

2. Enumere a todos los que viven en su vivienda con quienes usted **no** compra y prepara sus comidas.

Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento	¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le da alguna suma de dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le da alguna suma de dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le da alguna suma de dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le da alguna suma de dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

ADJUNTE OTRA HOJA SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA LOS MIEMBROS QUE NO SON DE SU HOGAR.

3. ¿Usted o cualquier miembro en su grupo familiar de asistencia alimenticia ha cometido un delito o está en libertad condicional/libertad bajo palabra? Sí No

4. ¿Usted o alguien en su grupo familiar de asistencia alimenticia ha sido condenado por un delito que involucrara drogas ocurrido después del 22 de agosto de 1996? Sí No

5. Indíquenos **TODOS** los ingresos que recibe su grupo familiar de asistencia alimenticia. Los tipos de ingreso pueden incluir Seguro Social, SSI, pensiones o jubilación, beneficios para veteranos, manutención infantil, dinero de familiares o amigos, desempleo, jubilación de ferroviarios, dividendos, intereses o cualquier otro ingreso. * **Monto antes de aplicar deducciones.**

Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	*Monto bruto mensual

6. Cuéntenos sobre sus gastos de vivienda.

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pago	Cuán a menudo
Pago de hipoteca o alquiler			
Alquiler de lote para casa rodante			
Impuestos a la propiedad sobre su hogar **			
Seguro de propietario de vivienda **			

** Enumere solo si estos gastos se pagan aparte de la hipoteca

7. Cuéntenos sobre sus gastos de servicios públicos.

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pago	Cuán a menudo
Electricidad			
Gas			
Agua			
Basura			
Teléfono			

8. ¿Cómo calienta su hogar? Gas Electricidad Leña Otro _____

¿Tiene aire acondicionado? Sí No

9. ¿Ha recibido ayuda del Programa de Asistencia con la Energía para Hogares con Bajos Ingresos o espera obtener LIHEAP? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____.

10. ¿Alguien en su grupo familiar de asistencia alimenticia paga gastos médicos de bolsillo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, enumere cada tipo de gasto que esté pagando y proporcione una constancia.

Ejemplo: (recetas, visitas al médico, facturas del hospital, seguro de salud, primas de Medicare, transporte, etc.)

SI NO SE INCLUYE UNA CONSTANCIA, NO SE DARÁ UNA DEDUCCIÓN POR ESTOS GASTOS.

Gasto médico	Monto mensual	Gasto médico	Monto mensual

11. ¿Alguien en su grupo familiar de asistencia alimenticia paga manutención infantil obligada por ley a alguien o para alguien que no vive en su hogar? Sí No Si la respuesta es sí, enumere el monto que paga por mes \$ _____ y brinde una constancia para recibir la deducción apropiada. Ejemplo: (una copia de la orden del tribunal o una declaración de DHR).

Certifico bajo pena de perjurio, que la información que yo o mi representante hemos brindado anteriormente es verdadera según mi leal saber y entender. Doy permiso al Departamento de Recursos Humanos para que realice cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Sé que podría ser penalizado si a sabiendas doy información falsa o si oculto información. Certifico que recibí el Folleto de derechos y responsabilidades.

12. Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo si firmó con una "x": _____