

Estado de Alabama
Departamento de Recursos Humanos
Solicitud de Ayuda con los Alimentos

AGENCY USE ONLY:	
Expedite Screening: Entitled ____ Yes ____ No	Date Received
Screener Signature and Date _____	
FS Case Number _____	
Check digit ____ Processing standard _____	
Name _____	
IEVS Function _____ PA Case No. _____	
Appointment Date _____ Time _____	

Tiene derecho a presentar una solicitud el mismo día en que se comunica con la Oficina de Ayuda con los Alimentos. **Para presentar una solicitud, tiene que incluir únicamente su nombre, domicilio y firma, y entregar este formulario en la Oficina de Ayuda con los Alimentos del condado en donde vive.** Le haremos una entrevista para decidir si cumple con los requisitos para recibir ayuda. En caso de cumplirlos, recibirá beneficios desde la fecha en que recibimos su solicitud firmada.

SU NOMBRE (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento: (mes, día, año)		Número de seguro social ** (Aspirantes solamente)	
Dirección postal			Dirección física (si difiere del anterior)		
Número del caso de la ayuda alimentaria					
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	Teléfono (durante el día)	

Servicios urgentes

Es posible obtener beneficios de Ayuda con los Alimentos dentro de los 7 días calendario si los ingresos brutos mensuales en su hogar son inferiores a \$150 y los recursos líquidos (dinero en efectivo, cuenta corriente o cuenta de ahorros) son equivalentes a \$100 o menos; si el costo del alquiler/la hipoteca y los servicios públicos superan el total de los ingresos brutos mensuales y los recursos líquidos existentes en su hogar; o si un integrante de su hogar es trabajador agrícola temporal o migrante.

1. ¿Cuánto dinero en efectivo o en una cuenta bancaria tienen los integrantes de su hogar? \$ _____
2. ¿Cuál es el **total** de ingresos que espera recibir en su hogar este mes? _____
3. ¿Cuál es el costo mensual **actual** del alquiler/la hipoteca? \$ _____ ¿Y de los servicios públicos, excepto el teléfono? \$ _____
4. ¿Alguno de los integrantes de su hogar es trabajador agrícola temporal o migrante? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", responda a estas preguntas: ¿Dejó de recibir ingresos en su hogar recientemente? Sí No
 ¿Alguno de los integrantes de su hogar espera recibir ingresos de una nueva fuente este mes? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", indique la cantidad? _____

¿Usted o alguno de los integrantes de su hogar recibieron o esperan recibir este mes beneficios de Ayuda con los Alimentos de algún otro condado de Alabama o de algún otro estado? Sí ¿De dónde? _____ No

Alguno de los integrantes de su hogar recibió Ayuda con los Alimentos el mes pasado? Sí No

De acuerdo con la legislación federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar con motivo de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, religión o inclinaciones políticas. Para presentar un reclamo por discriminación, escriba a la siguiente dirección: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame sin cargo al (866) 632-9992 (voz). Las personas con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA mediante el Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un prestador y un empleador que promueve la igualdad de oportunidades.

Avisos de penalización, declaración de falso testimonio y firma

Cuando su hogar recibe beneficios de Ayuda con los Alimentos, usted debe cumplir con todas las reglas. Debe brindar información verdadera y completa sobre todas las personas que viven en su hogar y, si el trabajador lo solicita, debe proporcionar documentación que certifique sus dichos. Si alguno de los integrantes de su hogar incumple deliberadamente cualquiera de las reglas, puede ser privado del Programa de Ayuda con los Alimentos durante un año o, incluso, para siempre, puede ser obligado a pagar una multa de hasta \$250,000, puede ser encarcelado durante 20 años como máximo o ambas cosas. Además, puede ser enjuiciado conforme a otras leyes federales y estatales pertinentes. Existen también penas si se determina que alguno de los integrantes del hogar usa los beneficios de Ayuda con los Alimentos para comprar drogas ilegales o armas de fuego.

- ◆ No comercie ni venda los beneficios de Ayuda con los Alimentos ni las tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés).
- ◆ No utilice los beneficios de Ayuda con los Alimentos, el documento de identidad o la tarjeta de EBT pertenecientes a otra persona para su propio hogar.
- ◆ No proporcione datos falsos ni oculte información con el fin de seguir recibiendo beneficios de Ayuda con los Alimentos.

Certifico, bajo pena de falso testimonio, que mis respuestas a todas las preguntas sobre cada uno de los integrantes de mi hogar, incluso sobre la condición de ciudadano o extranjero, son correctas y completas.

Firma o marca (X) del integrante del hogar: _____ Fecha _____

Testigo (en caso de marca): _____ Fecha _____

Integrantes del hogar

INSTRUCCIONES: Por favor, complete con letra de imprenta clara. Enumerar por favor a cada uno que viva en su hogar y contestar a todas las preguntas para cada miembro del hogar que usted está pidiendo conseguir ventajas de la ayuda alimentaria. Responda a todas las preguntas por cada uno de los integrantes del hogar para los que solicita beneficios de Ayuda con los Alimentos. Tiene que proporcionar solamente los números de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) y los datos sobre la condición de ciudadano o extranjero de los integrantes del hogar para los que solicita beneficios de Ayuda con los Alimentos. Tendrá que proporcionar información, tal como los ingresos de los integrantes del hogar que no solicitan beneficios, a fin de determinar si las personas para las cuales los solicita cumplen con los requisitos necesarios para acceder a los beneficios. (Use otra hoja si no hay suficiente espacio a continuación.) Algunos de los documentos que debe presentar en la entrevista incluyen los siguientes: **documento que certifique la identidad (licencia de conducir, acta de nacimiento), comprobante de ingresos (talones de cheque, carta de adjudicación, declaración de manutención de menores, declaración firmada por la persona que le proporciona dinero) y comprobante de gastos (recibos de alquiler, hipoteca, impuesto sobre bienes inmuebles, prima del seguro de la vivienda, recibos de guardería, órdenes y recibos de provisión de atención médica infantil y facturas médicas correspondientes a integrantes del hogar discapacitados y ancianos). Si tiene gastos que no informa y/o que no prueba, no recibirá la deducción correspondiente a ese gasto.** Le diremos lo que necesitamos para concluir su solicitud durante la entrevista.

Nombre, inicial del segundo nombre y apellido	Número de seguro social** (SSN) (Aspirantes solamente)	Fecha de nacimiento: Mes Día Año	Vínculo con usted	¿Trabaja? Sí o No	¿Estudia? Sí o No	Sexo M/F	Etnia* Hispano/latino o No hispano HISP. NO H. (Optativo)	Raza* Blanco Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico Amerindio o nativo de Alaska (Optativo)	¿Es ciudadano de EE. UU.?*** Sí o No (Aspirantes solamente)
			Uno mismo						

*Proporcionar esta información es voluntario. Indique todas las razas que correspondan solamente si la persona solicita los beneficios. Sus beneficios no se verán afectados si no indica la etnia o la raza (en ese caso, el organismo responderá por usted). Si nos proporciona esa información, podremos asegurarnos de que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de la raza, el color o el origen nacional.

** Proporcionar el SSN de cada integrante del hogar es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el SSN de cada integrante del hogar, dicho integrante dejará de cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios.

***Proporcionar información sobre la condición de ciudadano o extranjero es voluntario. Si no proporciona dicha información, los integrantes que correspondan dejarán de cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios.

Indique a continuación el nombre de las personas que viven con usted pero que no desea que se incluyan como integrantes de su hogar ya que no compran alimentos ni colaboran con la preparación. (Use otra hoja si no hay suficiente espacio aquí.)

Nombre	Edad	Vínculo con usted	¿Esta persona le proporciona dinero a usted o a alguno de los integrantes del hogar antes mencionados? Sí o NO. Si la respuesta es "Sí", ¿por qué?	¿Esta persona paga alguna porción de las cuentas del hogar? Sí o NO. Si la respuesta es "Sí", ¿por qué?

Representante autorizado

Puede designar a alguien que no integre su hogar para que lo represente, entregue la solicitud y concurra a la entrevista. La persona designada debe conocer en detalle la situación de su hogar para poder proporcionar toda la información necesaria para determinar si cumple con los requisitos para recibir cupones de alimentos. Sigue siendo responsable de la información que proporcione cualquier persona que se desempeñe como su representante autorizado, incluso la información que pueda ser incorrecta. Si desea designar a alguien para que lo represente, escriba el nombre aquí: _____

Inscripción de Votantes

SI USTED NO ESTA INSCRITO PARA VOTAR DONDE VIVE AHORA, ¿LE GUSTARÍA SOLICITAR AQUÍ HOY SU INSCRIPCIÓN PARA VOTAR?

Sí, me gustaría inscribirme para votar Sí, ya estoy registrado, pero me gustaría cambiar mi domicilio para efectos de votación No, yo no quiero inscribirme para votar

Si usted no marca ninguna de las casillas, se considerará que ha decidido no inscribirse para votar en este momento.

El hecho de inscribirse o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

Si desea ayuda para llenar el formulario de inscripción para votar, nosotros le ayudaremos. Usted puede buscar ayuda para llenar el formulario de solicitud en el momento de la entrevista o llamando a su oficina local del Departamento de Recursos Humanos en su condado. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si decide solicitar la inscripción para votar o si usted decide no inscribirse para votar, la información sobre su solicitud o formulario de rechazo se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente con fines del registro de votantes.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse o negarse a inscribirse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o solicitar su inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado en el capitolio estatal, 600 Dexter Avenue Suite E-208, Montgomery, AL 36130 o llamando al 334-242-7210 o al 1-800-274-VOTE (1-800-274-8683).

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AYUDA CON LOS ALIMENTOS

Tiene derecho a que se procese su solicitud dentro de los **treinta días** independientemente de la raza, sexo, religión, origen nacional, edad, discapacidad o inclinación política. Tiene derecho a saber por qué se rechaza su solicitud o por qué se reducen o cancelan sus beneficios. Tiene derecho a solicitar una conferencia o una audiencia imparcial, en forma oral o escrita, si no está conforme con alguna de las decisiones tomadas por el departamento del condado. Tiene derecho a ser representado por cualquier persona que designe. Tiene derecho a evaluar el expediente de su caso sobre Ayuda con los Alimentos en relación con cualquier audiencia que se realice.

Tiene derecho a la **confidencialidad**. Se usará o revelará información en forma limitada y con determinados fines únicamente, conforme lo permiten las leyes y normas estatales y federales. También puede revelarse información a agentes del orden público a fin de apresar a personas que huyen de la ley.

La información proporcionada en relación con esta solicitud será controlada por funcionarios federales, estatales y locales con el propósito de determinar su veracidad. Si se determina que algún dato es falso o incorrecto, es posible que se rechacen los beneficios de Ayuda con los Alimentos y que el solicitante tenga que someterse a un **enjuiciamiento penal por brindar deliberadamente información incorrecta**. Toda persona autorizada para actuar en nombre del hogar puede ser privada de su participación como representante durante un año como máximo o puede ser obligada a pagar multas y/o ser enjuiciada si incumple deliberadamente cualquiera de las reglas.

Si surge un reclamo contra su hogar con motivo de la Ayuda con los Alimentos, es posible que la información de esta solicitud, incluidos todos los números de seguro social, se entregue a organismos federales y estatales, así como a organismos privados de cobranza para que tomen las medidas correspondientes.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: La obtención del número de seguro social (SSN) de cada uno de los integrantes del hogar está autorizada conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición del 2008 enmendada por la Ley Pública 96-58 (Código de los Estados Unidos 7, 2025F). El número de seguro social se usará en la administración del Programa de Ayuda con los Alimentos no solo para controlar la identidad de los integrantes del hogar y evitar la doble participación, sino también para facilitar la implementación de cambios. Su SSN también se utilizará para el cotejo de datos y para las auditorías o las revisiones del programa a fin de garantizar que su hogar cumpla con los requisitos para recibir Ayuda con los Alimentos. Como resultado, pueden surgir demandas administrativas penales o civiles en contra de las personas que participen de manera fraudulenta en el Programa de Ayuda con los Alimentos. **Proporcionar el SSN de cada integrante del hogar es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el SSN de cada integrante del hogar, dicho integrante dejará de cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios. De todas maneras, tendrá que proporcionar otra información, tal como los ingresos de ese integrante.**

VERIFICACIÓN: Es posible que tenga que presentar documentación que certifique los datos incluidos en su solicitud. En caso de que no tenga comprobantes, **puede solicitar la ayuda de su trabajador**. La información proporcionada en esta solicitud será controlada utilizando el Sistema de Verificación de Ingresos y Requisitos (IEVS, por sus siglas en inglés) del Estado, otros sistemas de cotejo de datos, revisiones del programa y auditorías. Esto incluye información, tal como recibo de beneficios del seguro social, beneficios por desempleo, ingresos diferidos como intereses y dividendos, y sueldos laborales. Cuando se detecten discrepancias, se puede verificar la información comunicándose con terceros, tales como empleadores, representantes de reclamos o instituciones financieras. Esta información puede afectar su situación en cuanto a los requisitos y su nivel de beneficios. Además, toda la información que se proporcione también puede ser controlada por otros Programas de Asistencia Federal y Programas Estatales que reciben Asistencia Federal, tales como almuerzo escolar, Ayuda Familiar y Medicaid. **Si proporciona deliberadamente información falsa, es posible que se tomen medidas legales o administrativas en su contra. Es posible que tenga que devolver los beneficios de Ayuda con los Alimentos que haya recibido y que no le correspondían.**

A algunos integrantes del hogar ancianos y/o discapacitados se les permite considerar determinados gastos médicos como una deducción cuando tales gastos se nos informan y se nos proporciona el comprobante correspondiente. Los gastos médicos permitidos incluyen gastos tales como los siguientes: medicamentos recetados; facturas de hospitales y asilos para ancianos; visitas al médico, al dentista o a cualquier otro prestador de atención médica; medicamentos de venta libre recetados por un médico; prima de Medicare; prima del seguro hospitalario; seguro para cobertura de medicamentos recetados; gastos de traslado a médicos, hospitales y farmacias, como el monto que se paga por el transporte o la cantidad de kilómetros viajados en su vehículo privado; equipos o aparatos médicos, como audífonos, sillas de rueda, prótesis, anteojos, lentes de contacto, dentaduras postizas, etc.; servicio de ayuda con las tareas domésticas y de asistencia domiciliaria; gastos de mascotas, como alimento para animales y atención veterinaria.

CONDICIÓN DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN: Solo los ciudadanos estadounidenses y los inmigrantes que cumplen con los requisitos pueden participar en el Programa de Ayuda con los Alimentos. Toda persona que viva en su hogar que no sea ciudadana ni extranjera con residencia permanente puede ser excluida de los integrantes de su hogar que solicitan ayuda. **Proporcionar información sobre la condición de ciudadano o extranjero es voluntario. Si no proporciona dicha información, los integrantes que correspondan dejarán de cumplir con los requisitos para acceder a los beneficios. De todas maneras, tendrá que proporcionar otra información, tal como los ingresos de ese integrante.** La División de Ayuda con los Alimentos controlará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) la situación de todas las personas que no sean ciudadanas estadounidenses para las que usted solicita beneficios de Ayuda con los Alimentos. No inspeccionaremos a las personas que no sean ciudadanas estadounidenses y que usted decida no incluir entre los integrantes de su hogar que solicitan ayuda.

No cumplirá con los requisitos para acceder a los beneficios si se niega a colaborar con la finalización del proceso de solicitud o con los controles de requisitos subsiguientes, incluso con los controles que surjan de cambios informados o de recertificaciones o como parte de un Control de Calidad Estatal o Federal.

Su firma en la solicitud servirá de autorización para que los Revisores de Control de Calidad Estatales o Federales verifiquen la situación de su hogar con el fin de determinar si cumple con los requisitos para recibir ayuda con los alimentos.

Usted o cualquier integrante de su hogar pueden dejar de cumplir con los requisitos para recibir Ayuda con los Alimentos si no cooperan con los requisitos de inscripción para conseguir trabajo.

Usted o cualquier integrante de su hogar pueden dejar de cumplir con los requisitos para recibir beneficios si renuncian de manera voluntaria a un empleo o deciden trabajar menos horas sin causa justificada.

Su hogar no recibirá un aumento de los beneficios de Ayuda con los Alimentos si algún integrante del hogar incumple los requisitos de otro programa basado en los ingresos (verificación de ingresos) como la Ayuda Familiar.

No debe usar los beneficios de Ayuda con los Alimentos para comprar artículos que no están contemplados en el programa, tales como tabaco o bebidas alcohólicas.

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Programa de Asistencia Alimentaria Resumen de los requisitos de elegibilidad:

Las familias que solicitan o reciben beneficios de asistencia alimentaria deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables sobre la base de las políticas de asistencia alimentaria. Los plazos y requisitos de otros programas no afectan la elegibilidad de un grupo familiar para los beneficios de asistencia alimentaria. Un grupo familiar puede calificar para recibir beneficios de asistencia alimentaria incluso si su elegibilidad termina en otro programa. Las familias deben cooperar con la agencia para establecer su condición de elegibilidad para recibir la asistencia alimentaria. El incumplimiento de estos requisitos puede resultar en la denegación o terminación del caso de asistencia alimentaria.

REQUISITOS TÉCNICOS

1. **Miembros del grupo familiar.** El grupo familiar de la asistencia alimentaria se compone de individuos que viven juntos, compran y preparan juntos sus comidas para el consumo doméstico. Algunas personas, como los cónyuges e hijos menores de 22 años, deben ser incluidos en un grupo familiar de asistencia alimentaria, independientemente de su método de comprar alimentos y preparar las comidas.
2. **Huelguistas.** Los grupos familiares con miembros en huelga no serán elegibles para participar en el Programa de Asistencia Alimentaria, a menos que la familia fuera elegible para recibir los beneficios el día antes de la huelga y sea elegible al momento de la solicitud. Sin embargo, el grupo no recibirá una asignación mayor como resultado de la disminución en los ingresos de los miembros que participan en la huelga.
3. **Estado de ciudadanía y extranjería.** Solo los ciudadanos estadounidenses y los extranjeros elegibles pueden participar en el Programa de Asistencia Alimentaria. Cualquier miembro del grupo familiar que no sea ciudadano o residente permanente puede quedar fuera del grupo familiar de la asistencia alimentaria. Proporcionar información de ciudadanía / inmigración es voluntaria. La División de Asistencia Alimentaria averiguará en los Servicios de Inmigración y Ciudadanía (USCIS) de los EE. UU. solo sobre los miembros de la familia que estén solicitando beneficios de asistencia alimentaria. No averiguaremos sobre las personas no ciudadanas que no estén incluidas en su grupo familiar de asistencia alimentaria, pero sus ingresos pueden contar para determinar la elegibilidad y asignación de la asistencia alimentaria de las demás personas incluidas en el grupo. Si no se proporciona esta información, los miembros del grupo familiar no serán elegibles para los beneficios.
4. **Números de Seguro Social.** El Número de Seguro Social se usa para cotejo informático y revisión de programas o auditorías con el objetivo de asegurar que el grupo familiar sea elegible para los beneficios de asistencia alimentaria que recibe. El NSS será utilizado para verificar la identidad de los miembros del grupo familiar con el fin de evitar la participación duplicada y facilitar los cambios. Proporcionar un Número de Seguro Social para cada miembro del grupo familiar es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar un Número de Seguro Social para cada miembro del grupo resultará en la descalificación de los miembros que no presenten esa información. No obstante, usted deberá dar cierta información, tal como los ingresos de esos miembros.

El grupo familiar debe proveer un número de Seguro Social para cada miembro del grupo que solicite beneficios de asistencia alimentaria. Si un miembro de la familia no tiene un número, debe solicitarlo.

5. **Residencia.** Las familias deben solicitar asistencia alimentaria en el condado en el que viven. No pueden recibir asistencia alimentaria en más de un condado o estado en un mes.
6. **Requisitos de trabajo.** A menos que esté exento, cada miembro de la familia debe estar registrado para trabajar. La falta de cooperación con los requisitos de trabajo puede dar lugar a que un individuo sea descalificado de la participación en el Programa de Asistencia Alimentaria.

Un individuo puede ser descalificado de la participación en el programa si voluntariamente renuncia a su empleo o reduce el número de horas que trabaja sin causa justificada.

Salvo que estén exentos, ciertos beneficiarios de asistencia alimentaria (entre 18 y 50 años) sin discapacidad física y sin personas a cargo son elegibles para recibir asistencia alimentaria por solo 3 meses en un período de 36 meses si no están trabajando o participando en un trabajo y un programa de capacitación durante al menos 20 horas a la semana. Las personas están exentas de esta disposición durante el tiempo que estén médicamente certificadas como física o mentalmente incapacitadas para trabajar, o estén embarazadas; el padre o miembro del grupo familiar que tenga a su cargo en el grupo familiar a un menor de 18 años o que tenga discapacidad física o mental; estén participando y cumpliendo con los requisitos de registro de trabajo de JOBS o UCB; estén cuidando a una persona incapacitada; un estudiante de por lo menos medio tiempo en una escuela reconocida, en un programa de capacitación o en una institución de educación superior; estén participando en un programa de tratamiento de alcohol/drogas.

REQUISITOS FINANCIEROS

7. **Ingresos.** Los límites de ingresos varían según el tamaño del grupo familiar. Los grupos familiares sin personas de edad avanzada o discapacitados deben cumplir tanto los límites de ingresos brutos (ingresos antes de deducciones) como de los ingresos netos (ingresos después de las deducciones permitidas). Los grupos familiares que cuentan con una persona de edad avanzada (60 años o más) o una persona con discapacidad deberán cumplir únicamente los límites de ingresos netos. Consulte la siguiente tabla para conocer los límites de ingresos brutos y netos conforme al tamaño del grupo familiar. Los ingresos incluyen sueldos, salarios, comisiones, prestaciones de seguridad social, SSI, beneficios de veteranos, pensión alimentaria, contribuciones, compensación por desempleo, etc.

Límites de ingresos mensuales de elegibilidad en vigor del 10/01/2014 al 09/30/2015

Tamaño del grupo familiar	Límites de ingreso bruto	Límites de ingreso neto
1	\$1,265	\$973
2	\$1,705	\$1,311
3	\$2,144	\$1,650
4	\$2,584	\$1,988
5	\$3,024	\$2,326
6	\$3,464	\$2,665
7	\$3,904	\$3,003
8	\$4,344	\$3,341
Cada miembro adicional	\$440	\$339

8. **Deducciones.** Solo se permiten las siguientes deducciones para asistencia alimentaria:
- Deducciones normales. La deducción normal variará según el tamaño del grupo familiar. El monto mínimo para grupos familiares de 1 hasta 3 miembros es \$155.00. Es de \$165 para un grupo familiar de 4. Es de \$193 para un grupo familiar de 5. El monto máximo permitido es de \$221 para un grupo familiar de seis y más.
 - Deducción por ingreso del trabajo. Esta deducción es de 20% del ingreso bruto ganado.
 - Deducción por empleo independiente (actividad no asalariada). Los grupos familiares con ingresos por cuenta propia tienen derecho a una deducción estándar del 40 % de los ingresos brutos procedentes de los ingresos por cuenta propia como costo por hacer negocios.
 - Deducción médica. Las personas de la tercera edad o discapacitadas pueden tener derecho a una deducción médica por gastos de bolsillo en que deban incurrir que superen los \$35 por mes. Podría requerirse una verificación.
 - Cuidado de dependientes. Los gastos efectuados por el cuidado de un hijo u otro dependiente para que un miembro del grupo familiar pueda trabajar, buscar trabajo, asistir a sesiones de capacitación, o continuar con su educación preparatoria para el empleo.
 - Manutención de niños. La obligación legal de manutención de niños que paga un miembro del grupo familiar para un miembro que no forma parte de este.
 - Costos de vivienda. Estos costos incluyen el alquiler, la hipoteca, los impuestos sobre la propiedad, los seguros sobre la estructura, los servicios públicos, etc.
9. **Recursos.** La mayoría de los grupos familiares no están sujetos a un límite de recursos. Los límites máximos permisibles de recursos para las familias que contienen un miembro descalificado no deberán exceder los \$2250 (\$3250 para los grupos familiares con un miembro anciano o discapacitado). Los recursos incluyen dinero en efectivo, cuentas bancarias, acciones, bonos de ahorro, etc.

OTROS

10. **Procesamiento de la solicitud.** El proceso de solicitud incluye completar una solicitud, presentar el formulario en el condado en el que vive el grupo familiar, ser entrevistado y tener cierta información verificada. Las solicitudes de los grupos familiares que cumplan con los siguientes criterios se resolverán en un plazo de 7 días naturales: grupos familiares con ingreso bruto mensual menor a \$150 y con recursos líquidos, tales como dinero en efectivo o cheques / cuentas de ahorros que sean inferiores a \$100; el alquiler / la hipoteca mensual del grupo familiar y los servicios públicos superan el ingreso bruto mensual del grupo familiar y de los recursos líquidos; el grupo familiar es un inmigrante indigente o trabajador agrícola temporal con menos de \$100 en recursos líquidos.

Las solicitudes de los demás grupos familiares se resolverán dentro de los 30 días desde la fecha en que se presentan.

11. **Confidencialidad y divulgación de la información.** Toda la información proporcionada al Departamento es confidencial y cualquier uso o divulgación se hará solamente para ciertos propósitos limitados permitidos bajo las leyes estatales o federales. Tales propósitos incluyen, pero no están limitados a, establecer la elegibilidad, determinar la cantidad de beneficios y la prestación de servicios a los solicitantes y beneficiarios. La información acerca de cuánto tiempo ha recibido usted asistencia alimentaria se dará a conocer al Servicio Estatal de Empleo a los fines de calificación de su empleador para el Crédito Fiscal por Oportunidades de Trabajo (WOTC).
12. **Importes adjudicados.** El importe de asistencia alimentaria que recibe realmente un grupo familiar depende del número de personas que lo integran y la cantidad de sus ingresos netos. Consulte la siguiente tabla para conocer las asignaciones de asistencia alimentaria máximas por tamaño del grupo familiar.

Adjudicación máxima mensual en vigor desde el 10/01/14

Tamaño del grupo familiar	Adjudicación máxima de asistencia alimentaria
1	\$194
2	\$357
3	\$511
4	\$649
5	\$771
6	\$925
7	\$1,022
8	\$1,169
Cada persona adicional	\$146

13. **Representante autorizado.** El jefe de familia, cónyuge u otro miembro responsable del grupo familiar podrá designar a un representante autorizado para actuar en nombre de la familia. Esta persona puede solicitar beneficios, obtener los beneficios y/o utilizar los beneficios de la asistencia alimentaria.
14. **Informe simplificado.** Algunas familias tienen que informar su situación familiar semestralmente en un formulario de informe. Estos grupos familiares tienen que informar cada seis meses, independientemente de si ha habido algún cambio en su situación.
15. **Audiencia justa.** Un grupo familiar que no esté satisfecho con la acción de la agencia que afecta su participación en el Programa de Asistencia Alimentaria tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial dentro de los 90 días de la acción que está apelando. La solicitud puede hacerse verbalmente o por escrito al Departamento de Recursos Humanos del Condado, Oficina de Asistencia Alimentaria, o al Departamento de Recursos Humanos, División de Asistencia Alimentaria, Edificio S. Gordon Persons, 50 N. Ripley Street, Montgomery, Alabama 36130-4000, teléfono (334) 242-1700. El caso del grupo familiar puede ser presentado por un miembro del grupo familiar o un representante, tal como un abogado, un pariente, un amigo u otro portavoz. Para obtener asesoramiento jurídico gratuito, comuníquese con Servicios Legales de Alabama, llamando al número gratuito de tramitación inicial estatal 866-456-4995 o visitando el sitio web de tramitación inicial estatal [HTTP://Intake.ALSP.org](http://Intake.ALSP.org).
16. **Personas inelegibles.** Las siguientes personas no son elegibles para recibir asistencia alimentaria:
- Toda persona que esté huyendo para evitar procesamiento, custodia o encarcelamiento después de ser condenado por delito grave bajo la ley.
 - Toda persona en violación de su libertad condicional.
 - Toda persona declarada culpable por un tribunal de usar los beneficios de asistencia alimentaria para comprar armas de fuego, municiones o explosivos. Estos individuos están permanentemente descalificados para recibir beneficios de asistencia alimentaria.
 - Toda persona que utilice los beneficios de asistencia alimentaria para comprar drogas ilegales puede ser descalificada para recibir asistencia alimentaria desde 2 años hasta permanentemente.
 - Toda persona condenada por un delito federal o estatal que tenga como elemento la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada. Estos individuos están permanentemente descalificados para recibir beneficios de asistencia alimentaria.
 - Toda persona declarada culpable por un tribunal de la venta de beneficios de asistencia alimentaria de \$500 o más. Estos individuos están permanentemente descalificados para recibir beneficios de asistencia alimentaria.
 - Toda persona que falsifique su identidad o residencia a fin de recibir simultáneamente múltiples beneficios de asistencia alimentaria. Estos individuos no serán elegibles para recibir beneficios de asistencia alimentaria por 10 años a partir de la fecha de la condena.

- Toda persona a quien se declare culpable de una violación intencional al programa (IPV, por sus siglas en inglés) a través de una audiencia administrativa de descalificación o de un tribunal federal, estatal o local o que renuncie por escrito a una audiencia, perderá el derecho a obtener asistencia alimentaria durante 12 meses en la primera violación, 24 meses en la segunda y de forma permanente en la tercera violación. Además, puede que estos individuos sean multados o se los envíe a prisión, o ambas, y pueden quedar sujetos a sanciones o juicios federales.
 - Toda persona física y mentalmente capaz entre 18 y 50 años de edad matriculada en una institución de educación superior, que no cumpla con determinados criterios de estudiantes elegibles.
 - Toda persona que no cumpla con los requisitos de ciudadanía o extranjería.
 - Toda persona que se niegue sin justificación suficiente a proporcionar un número de seguro social.
 - Toda persona descalificada por no cumplir con los requisitos de trabajo. Esto incluye renunciar voluntariamente a un trabajo o la reducción del número de horas de trabajo sin causa justificada.
 - Toda persona descalificada por violar los reglamentos del programa.
17. **Reclamaciones y Tráfico.** Los grupos familiares deben reportar información correcta sobre su situación. Los grupos familiares deben usar sus beneficios para comprar alimentos elegibles para su uso personal. Se pueden aplicar sanciones al grupo familiar, incluida la obligación de devolver los beneficios recibidos incorrectamente. Si un miembro del grupo familiar intencionalmente proporciona información falsa, vende o intenta vender o intercambiar beneficios, compra artículos inelegibles tales como bebidas alcohólicas o tabaco o bien paga cuentas de crédito o regala o vende una tarjeta EBT, existen otras sanciones que se pueden aplicar, entre ellas la descalificación del programa desde un año hasta permanentemente y juicio en los tribunales.
18. **Inscripción como votante.** Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, puede registrarse para votar durante el proceso de solicitud de asistencia alimentaria. Nosotros podemos ayudarlo con la solicitud o puede optar por llenar la solicitud en privado. Su decisión de inscribirse o no inscribirse para votar no afectará la decisión sobre su solicitud de asistencia alimentaria o los beneficios que usted puede recibir. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si inscribirse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado, Capitolio del Estado de Alabama, 600 Dexter Avenue Suite E-210, Montgomery, AL 36130.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, según corresponda, por creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de cualquier programa de asistencia pública o por la información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento (no todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el formulario del Programa de Discriminación de la USDA, que se encuentra en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar un formulario. También puede redactar una carta que contenga toda la información que se solicita en el formulario. Envíenos su carta o el formulario completo por correo a Departamento de Agricultura de EE. UU., Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7422 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas que sean sordas o tengan problemas auditivos o discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (español).

Para obtener cualquier otra información relacionada con los asuntos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deberán comunicarse con el número directo del SNAP de USDA al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llamar a los números directos de información estatal (haga clic en el vínculo para obtener una lista de los números directos por estado), que se encuentra en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades