

**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": _____

Registro del votante

SI NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN DONDE VIVE AHORA, ¿QUISIERA SOLICITAR REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY?

Sí, quisiera registrarme para votar. Sí, estoy registrado pero quisiera cambiar mi dirección con el fin de votar. No, no deseo solicitar registrarme para votar.

Si no marca ningún casillero, se considerará que optó por no registrarse para votar en esta oportunidad.

Solicitar registrarse para votar o no hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que reciba de esta agencia.

Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud para registrarse para votar, podemos ayudarlo. Puede buscar asistencia con el formulario de solicitud buscando asistencia al momento de su entrevista o llamando al Departamento local de Recursos Humanos ubicado en su condado.

La decisión de buscar o aceptar ayuda corre por cuenta suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si elige solicitar registrarse para votar o si rechaza registrarse para votar, la información en el formulario de solicitud o rechazo permanecerá confidencial y solamente se utilizará para fines de inscripción del votante.

Si considera que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar o rechazar registrarse para votar, con su derecho de privacidad sobre decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en State Capitol, 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).

State of Alabama Agency-Based Voter Registration Form

NVRA-1B-H
DOJ.08.22.2007

FOR USE BY U.S. CITIZENS ONLY ♦ FILL IN ALL BOXES ON THIS FORM ♦ PLEASE USE INK ♦ PRINT LEGIBLY

To register to vote in the State of Alabama, you must:

- ▶ Be a citizen of the United States.
- ▶ Reside in Alabama.
- ▶ Be at least 18 years old on or before election day.
- ▶ Not have been convicted of a disqualifying felony, or if you have been convicted, you must have had your civil rights restored.
- ▶ Not have been declared "mentally incompetent" by a court.

FOR USE BY AGENCY OFFICIAL ONLY

Check one (1) box:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registrars
<input type="checkbox"/> Motor Voter
<input type="checkbox"/> State Designated Agency
<input type="checkbox"/> Agency-Based
<input type="checkbox"/> Disabilities Services Office | _____
Signature of Agency Representative

Business Phone of Agency Representative |
|---|---|

ID requested: You may send with this application a copy of a current and valid photo identification, government check, paycheck, or other government document that shows your name and address. You will be required to present identification when you vote absentee or at your polling place.

Are you a citizen of the United States of America?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	← ATTENTION! If you answer "No" to either of these questions, do not complete this application.
Will you be 18 years of age on or before election day?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

① Print Your Name: Last First Middle	Driver's License Number:								
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">STATE</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">NUMBER</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					STATE	NUMBER		
STATE	NUMBER								
② Print Maiden Name / Former Name (if reporting a change of name)	IF YOU HAVE NO DRIVER'S LICENSE NUMBER Last four digits of Social Security number: <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

③ Home Telephone	④ Work Telephone	⑤ Inside City Limits?	If yes, please name the city:	⑥ County where you live
() ()	() ()	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Addresses	Current	Address where you live: (Do not use post office box)	Print House Number and Street	City	State	ZIP
	Old	Address where you receive your mail:	Print House Number and Street (or PO Box)	City	State	ZIP
		Address where you were last registered to vote: (Do not use post office box)	Print House Number and Street	City	County	State

⑧ Date of Birth (month, day, year)	⑪ Place of Birth	City	County	State	Country

⑨ Race (check one)

<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Black
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> American Indian
<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Other

⑩ Sex (check one)

Female Male

REGISTRARS USE ONLY

County Pct _____

City Pct _____

DATE APPROVED _____

Board member _____

Board member _____

Board member _____

⑫ Map / Diagram

If your house has no street number or name, please draw a map of where your house is located. Please include roads and landmarks.

⑬ Did you receive assistance?

If you are unable to sign your name, who helped you fill out this application? Give name, address, and phone number (phone number is optional).

Voter Declaration - Read and Sign Under Penalty of Perjury

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ I am a U.S. citizen ▶ I live in the State of Alabama ▶ I will be at least 18 years of age on or before election day ▶ I am not barred from voting by reason of a disqualifying felony conviction ▶ I have not been judged "mentally incompetent" in a court of law | <p>I solemnly swear or affirm to support and defend the constitution of the United States and the State of Alabama and further disavow any belief or affiliation with any group which advocates the overthrow of the governments of the United States or the State of Alabama by unlawful means and that the information contained herein is true, so help me God.</p> |
|--|--|

Your Signature: _____ Date: _____

If you falsely sign this statement, you can be convicted and imprisoned for up to five years.

The decision to register to vote is yours. If you decide to register to vote, the office at which you are submitting this application will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you decline to register to vote, your decision will remain confidential and will be used only for voter registration purposes.