

# H.O.P.E., Inc.

## 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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

Cabeza del hogar \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Apunte a todas los miembros del hogar	M/H	Relacion a cabeza de hogar	Fecha de nacimiento	Aseguranza medica

Entidad en hogar: \_\_\_ White/Anglo \_\_\_ African American \_\_\_ Hispanic/Latino \_\_\_ Asian \_\_\_ Other

Alguin en su hogar resive lo siguiente (mensual)

Ingresos \$ \_\_\_\_\_

Desempleo \$ \_\_\_\_\_

Quien \_\_\_\_\_

Indemnizacion obra \$ \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Manutencion al hijo \$ \_\_\_\_\_

Ingresos \$ \_\_\_\_\_

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_

Quien \_\_\_\_\_

Veterano \$ \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Otro \$ \_\_\_\_\_

- (1) Yo entiendo que para continuar calificando para beneficios estoy obligado (a) de reporter cualquier cambio en mis ingresos o hogar..
- (2) Yo autorizo que H.O.P.E., Inc., registre esta informacion en Charity Tracker.
- (3) entiendo que mi informacion personal va a ser confidencial.
- (4) Yo no he pagado dinero, propiedad or servicios por comida o asistencia resibida..
- (5) Yo entiendo que H.O.P.E., Inc. no cultiva ni procesa los alimentos distribuidos..
- (6) Yo entiendo que los productos recibidos son donados y distribuidos en buena fe.
- (7) Yo entiendo que es responsabilidad propia de revisar todos los productos antes de consumir los.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

For office use only

_____ ID _____ Address verification _____
---