

División de Servicios Sociales de Carolina del Norte
Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS). Aviso de Expiración y Formulario de Entrevista de Re-Certificación

Co. #	Nombre del trabajador	Trabajador #	Caso #	# de Producto Entregado	Fecha de envío por correo

Sus beneficios de FNS terminarán el _____. Usted podría continuar recibiendo beneficios de FNS después de esa fecha si llena este formulario y lo devuelve a más tardar el _____.

(Dirección de la DSS local)

(Dirección de la residencia familiar)

¿Qué necesito hacer con este formulario?

Usted o su representante deben de completar esta forma, firmarla y fecharla en la última pagina. Por favor, conteste todas las preguntas. Sí no puede completar esta forma, necesita firmarla, escribir su nombre y dirección con letra que se pueda leer. Tráigala, envíela por correo o fax a la dirección que aparece arriba. Sí la forma esta firmada pero incompleta, su trabajador del caso se pondrá en contacto con usted para obtener mas información. Sí tiene preguntas, contacte a su trabajador del caso o al Centro de Servicio al Cliente del DHHS al 1-800-662-7030 o al 1-877-452-2514 (Sistema TTY para personas con problemas de audición)

Usted es responsable de proporcionar la información de verificación que se requiere. La información en esta forma o la información obtenida de otras fuentes pueden ocasionar que sus beneficios sean descontinuados o cambien.

USTED DEBE SER ENTREVISTADO. NO SE LE OTORGARAN BENEFICIOS SIN QUE TENGA ANTES UNA ENTREVISTA. Su trabajador del caso hará una cita para su entrevista. Usted es responsable de hacer una nueva cita en caso de que no haya asistido a su entrevista.

Si necesita ayuda para completar esta forma, llame al _____, o llame al Centro de Servicio al Cliente del DHHS al 1-800-662-7030 o al 1-877-452-2514 (Sistema TTY para personas con problemas de audición).

- Se le puede proporcionar gratuitamente la ayuda de un interprete, si necesita ayuda para completar esta forma
- Por favor asegúrese de que la dirección del Departamento de Servicios Sociales local se vea a través de la ventanilla del sobre de respuesta que se adjunta.
- **No devuelva este formulario antes del primer día de _____.**
- Adjunte comprobantes para verificación del mes de _____.

Información acerca de Números de Seguro Social, Ciudadanía y Estatus Migratorio

Usted puede optar por no solicitar beneficios para usted o para algún miembro de su hogar y no será requerido de responder a preguntas acerca de *Números de Seguro Social* o Estatus de Ciudadanía o Inmigración de estas personas. Por cada persona por la cual se soliciten beneficios se debe de proporcionar información de *Números de Seguro Social* y Estatus de Ciudadanía o Inmigración. El proporcionar información de los *Números de Seguro Social* es requerido por el *Acta de Alimentos y Nutrición* para las personas que solicitan beneficios. Únicamente usaremos sus *Números de Seguro Social* para verificar la información que nos de con agencias estatales y federales. Usted debe de ser un ciudadano de los Estados Unidos o un visitante calificado y también cumplir con los otros requisitos del *Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición* para obtener estos beneficios. Únicamente contactaremos la Oficina de USCIS para verificar el estatus de inmigración de las personas por las que nos proporcionaron sus documentos de inmigración. Si un solicitante no proporciona esta información no será elegible para beneficios.

Los miembros del grupo familiar deben de proporcionar su información financiera porque es necesaria para determinar la elegibilidad de las personas que están solicitando. Los miembros elegibles en un grupo familiar podrán recibir sus beneficios aunque otros miembros de la familia no estén solicitando beneficios. La cantidad de los beneficios dependerá del número de personas que los estén solicitando.

Sí usted no está registrado para votar en el lugar donde vive, ¿Quiere registrarse?

SI NO **SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS SE CONSIDERA QUE NO DESEA REGISTRARSE.**

Por favor infórmenos de las cuentas a pagar en su casa

1. Escriba su dirección postal y la dirección de su residencia.

Dirección postal _____

Dirección de su residencia (si es diferente de la dirección postal) _____

Ciudad, Estado, Código Postal Zip _____

Ciudad, Estado, Código Postal Zip _____

Número de teléfono _____

Compañía proveedora de servicios telefónicos _____

PROPORCIONE PRUEBAS DE CUALQUIER NUEVA FACTURA QUE USTED DEBA PAGAR O DE CUALQUIER CAMBIO EN SUS FACTURAS DESDE LA ÚLTIMA CERTIFICACIÓN

2. ¿Cuánto paga por alquiler en el lugar donde usted vive? \$ _____ ¿Cada cuándo? _____

Encierre en un círculo todo lo que usted recibe: HUD Sección 8 Vivienda pública

¿Qué porción del alquiler le corresponde pagar a usted? _____

¿Cuánto paga por el alquiler del lote donde usted vive? \$ _____ ¿Cada cuándo? _____

3. ¿Cuánto paga por la hipoteca de su casa? \$ _____ ¿Cada cuándo? _____

Impuestos de propiedad: (si paga por separado) \$ _____ ¿Cada cuándo? _____

Seguro para propietarios de vivienda: (si paga por separado) \$ _____ ¿Cada cuándo? _____

Cuotas de propietario: (si se pagan por separado) \$ _____ ¿Cada cuándo? _____

4. ¿Cuáles de las siguientes facturas de servicios públicos debe usted pagar? (Marque todas las que correspondan).

- Calefacción Queroseno Agua/Alcantarillado Carbón
 Electricidad Gas licuado (LP) Teléfono/Teléfono celular Combustible (Fuel Oil)
 Desechos/Basura Gas natural Excedente de servicios públicos (Vivienda Pública) Leña

¿Con que calienta su casa? _____

¿Con que enfría su casa? _____

5. ¿Alguien le ayuda a pagar sus cuentas? Sí No Si respondió sí, ¿Quién le ayuda? _____

6. ¿Recibió usted un cheque del Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIEAP por sus siglas en inglés) en su dirección actual en los últimos 12 meses? Sí No

7. ¿Alguien en su unidad familiar es responsable de hacer pagos por cuidados de guardería de algún niño o servicios de cuidado de algún adulto discapacitado? Sí No ¿Quién recibe el cuidado? _____

¿Quién paga? _____ Cantidad mensual o cuota de los padres \$ _____

Nombre y número de teléfono del proveedor de cuidados/niñera _____

Gastos de transporte relacionados al cuidado del niño/adulto \$ _____

8. ¿Alguna persona de 60 años o mayor, o alguien que recibe beneficios por discapacidad, tiene gastos médicos mayores a \$35 mensuales que corran por su propia cuenta? Esto incluye gastos de transporte para cuidado médico. Sí No Si la respuesta es sí, ¿Desea usted solicitar una deducción por estos gastos? Sí No

Para obtener esta deducción debe adjuntar recibos o una lista impresa de sus gastos.

9. ¿Alguien en su unidad familiar paga sustento de menores ordenado por la corte para niños que viven fuera del hogar (incluye pagos de seguro de salud ordenados por la corte)? Sí No

¿Quién paga sustento de menores? _____ ¿A quién se lo paga? _____

¿Nombre del niño? _____ Cantidad que paga \$ _____ ¿Cada cuándo? _____

Infórmenos sobre las personas que viven con usted

10. Haga una lista de todas las personas que viven con usted en el espacio de abajo. (Adjunte otra hoja si es necesario)

Nombre (1ro., Inicial de 2do nombre y Apellido)	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad/ Sexo	Solicitando (Si-No)	*Opcional Número de Seguro Social	*Opcional Ciudadano U.S. (Si-No)	*Opcional Hispano (Si-No)	Opcional Raza (vea Abajo)	¿Compran y cocinan en conjunto?
	Yo								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

***Número de Seguro Social y Estatus Migratorio NO son necesarios para los NO solicitantes.**

El nivel de beneficios no es afectado si el área de etnicidad o raza no es contestada. Cuando no se proporciona esta información a la agencia, la información se obtendrá por observación durante la entrevista. El dar esta información asegurara que los beneficios del programa se dan sin importar raza, color o nación de origen (Esta información es usada con fines estadísticos).

Raza: Indique: 1. Indio Americano/Nativo de Alaska 2. Asiático

3. Afro-Americano 4. Hawaiano/ Isleño del Pacifico 5. Blanco

¿Cuánto dinero reciben las personas en su unidad familiar como pago por su trabajo o de otras fuentes?

11. ¿Alguien en su unidad familiar trabaja? Sí No Si respondió sí, llene lo solicitado a continuación.
 ¿Hay alguien en su unidad familiar preparándose para comenzar un empleo? Sí No Si respondió sí, ingrese la fecha esperada de inicio _____ y llene lo solicitado a continuación.
 Nombre de la persona _____ Empleador _____ ¿Con qué frecuencia recibe pagos? _____
 Nombre de la persona _____ Empleador _____ ¿Con qué frecuencia recibe pagos? _____

Adjunte todos los comprobantes de ingresos del mes que se indican en la Página 1. Si le pagan mensualmente, adjunte los talones de cheques o comprobantes de ingresos del mes que se indica en la Página 1 y del mes anterior a dicho mes. Si usted trabaja por su cuenta adjunte la declaración de impuestos del último año con todos los agregados. Si no tiene disponible su declaración de impuestos del último año, presente los récords de sus negocios, recibos y comprobantes de gastos de los 12 meses anteriores.

Si no tiene todos sus talones de cheques, puede pedirle a su empleador que complete y firme la sección de abajo.

A - Nombre del trabajador:						B - Nombre del trabajador:							
Empleador:						Empleador:							
Dirección:						Dirección:							
Nº de teléfono del empleador:						Nº de teléfono del empleador:							
¿Con qué frecuencia recibe pagos?						¿Con qué frecuencia recibe pagos?							
1	Fecha de pago			Pago bruto	Propinas	Total de horas	1	Fecha de pago			Pago bruto	Propinas	Total de horas
	Mes	Día	Año					Mes	Día	Año			
2							2						
3							3						
4							4						
5							5						
FIRMA DEL EMPLEADOR						FIRMA DEL EMPLEADOR							
FECHA						FECHA							

12. ¿Alguien en su unidad familiar recibe otros ingresos aparte del dinero que recibe como pago por su trabajo? Ejemplos: Dinero en efectivo, donaciones, programa Work First, sustento de menores, beneficios de desempleo, seguro social, SSI (Ingresos Suplementarios de Seguro Social), indemnización laboral, VA (Beneficios para Veteranos), etc. Sí No
 Si la respuesta es sí, adjunte los comprobantes por el mes que se indica en la **Página 1**. Por favor, ingrese la información en la tabla de abajo.

Si usted recibe dinero en efectivo, donaciones, o sustento de menores, adjunte comprobantes de verificación para el mes que se indica en la **Página 1** y el mes anterior a dicho mes. (Adjunte otra hoja si es necesario)

Tipo de dinero	¿Quién recibe el dinero?	¿Quién le da el dinero?	Número de teléfono y dirección de la persona que le da el dinero	¿Cuánto dinero?	¿Con qué frecuencia?

¿Qué activos poseen las personas que viven en su unidad familiar?

13. Marque si o no a los activos que se detallan abajo que usted o alguien más en su grupo familiar poseen o son copropietarios conjuntamente con alguna otra persona que no es miembro del grupo familiar. Nosotros determinaremos si es necesaria alguna verificación y si la verificación le es accesible a usted. (Adjunte otra hoja si es necesario)

Tipo de activo	Sí	No	Balance o valor	¿De quién es?	¿Dónde guarda este activo y cuál es el número de cuenta?
Dinero en efectivo					
Cuenta de cheques					
Cuenta de ahorros					
Otros					

Por favor proporciónenos más información acerca de las personas que forman parte de su unidad familiar que recibe apoyo de Servicios de Alimentos y Nutrición

14. ¿Tiene usted conocimiento sobre algo que hubiese cambiado en su unidad familiar; por ejemplo, que alguna persona hubiese dejado o comenzado a trabajar, o que alguna persona hubiese dejado o comenzado a estudiar, durante los últimos 6 meses? Sí No
Si respondió sí, por favor haga una lista de los cambios:

15. ¿Hay alguna persona en su unidad familiar que tenga 16 años o más y esté asistiendo a la escuela? Sí No Si respondió sí, por favor haga una lista con los nombres de las personas y las escuelas a las que asisten:

16. ¿Alguien en su unidad familiar ha sido condenado por un delito grave relacionado a drogas después del 22 de agosto de 1996? Sí No Si la respuesta es sí, por favor proporciónenos el nombre de la persona, la fecha, el tipo de violación y el lugar de condena:

17. ¿Alguna persona en su unidad familiar está quebrantando las condiciones de libertad condicional o de libertad bajo palabra, o se encuentra huyendo de la ley para evitar un proceso judicial por algún delito? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor proporciónenos el nombre de la persona, la fecha y el tipo de violación:

18. ¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de intercambiar beneficios por drogas después de Agosto 22, 1996? Sí No Díganos quien, fecha, tipo de culpabilidad y lugar _____
19. ¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de comprar o vender beneficios por \$500 o más después de Agosto 22, 1996? Sí No Díganos el nombre y la fecha _____
20. ¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de recibir beneficios por duplicado en algún estado después de Aug. 22, 1996? Sí No Díganos el nombre, fecha, tipo de culpabilidad y lugar _____
21. ¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de intercambiar beneficios por armas, municiones o explosivos después de Agosto 22, 1996? Sí No Díganos el nombre, fecha, tipo de culpabilidad y lugar _____

¿Necesita que alguna persona solicite o use sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición en su representación?

¿Necesita que alguna persona le ayude a obtener y/o a usar sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición? Sí No
Si respondió sí, por favor indique el nombre de dicha persona:

Sí marcó "Sí" arriba, le daremos o enviaremos por correo un formulario. Usted y la persona que usted desea que le ayude pueden completar el formulario y devolverlo a nuestra oficina. Esta persona recibirá una tarjeta EBT y tendrá acceso a sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Sí se indica un representante autorizado en la página 1, ¿desea que esa persona siga representándole? Sí No

Su firma y Declaración de Entendimiento

Entiendo que mi firma autoriza a los oficiales federales, estatales y locales a contactar otras personas u organizaciones para verificar la información que he proporcionado. He dado información correcta de ciudadanía y estatus migratorio de las personas solicitantes. Si un oficial de la ley solicita la dirección, números de seguro social, o fotografías para asistirle en la localización de fugitivos, o violadores de libertad condicional (probation, parolees), el Departamento de Servicios Sociales, debe de proporcionar esta información. Cualquier miembro que intencionalmente rompe las regulaciones, o vende sustancias controladas, podría no recibir beneficios por hasta un año en su primera ofensa, dos años en la segunda ofensa y permanentemente en la tercera ofensa. Usted podría ser multado por hasta \$250.000 y/o cárcel por hasta 20 años. La corte también le podría encontrar inelegible para recibir beneficios por hasta por 18 meses. Si la corte le encuentra culpable de haber traficado con los beneficios por \$500 o más, o por intercambiar beneficios por armas de fuego, municiones o explosivos usted será inelegible permanentemente para recibir estos beneficios. Perderá sus beneficios de alimentos si los usa para comprar artículos que no sean comida, o si intercambia o vende sus beneficios, paga cuentas de crédito, o toma la tarjeta de EBT de otra persona sin su autorización, o permite que alguien más use sus beneficios. Reconozco que he recibido una explicación acerca de mi derecho a una deducción de ingresos con relación a los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición por cualquiera de las siguientes razones: Gastos de cuidado infantil o de adultos, gastos médicos, gastos de vivienda, gastos de servicios públicos, y gastos operativos por trabajo por cuenta propia. Comprendo que si no informo o no presento pruebas que verifiquen cualquiera de los gastos mencionados arriba, yo estaría renunciando a mi derecho a recibir una deducción por estos gastos.

Su firma: _____	Fecha de la firma: _____
Firma del representante autorizado o Firma del testigo (si corresponde): _____	Fecha de la firma: _____
Su número telefónico: _____	
Marque lo que corresponde: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Número para mensajes	
AGENCY USE ONLY	
Date of Interview _____	<input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Office Visit

Para recibir información sobre la Iniciativa de Prevención de Embarazos en Adolescentes, comuníquese con su Departamento de Salud local o llame a la línea telefónica gratuita del DHHS al 1-800-662-7030. Para recibir información sobre el Programa Matrimonios Sanos comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales del Condado en su localidad.