

STOWW Food Distribution

 3040 96th Street South

Lakewood, WA 98499

253-589-7101, 253-589-7117 (fax)

Toll Free 800-567-6690

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha Recibida:** |  |
| **¿Alguien recibe beneficios de SNAP en su hogar?** | **\*\*\* Debe inicial:** | **(­\_\_)** | **Si** | **(\_\_)** | **No** |
| **Instrucciones:** Complete la siguiente información. Usted debe proporcionar la prueba / verificación de todos los ingresos y las deducciones permitidas. |
| **Jefe de Nombre de Hogares:** | **Número De Teléfono** |
|  | **( )** |
| **Dirección De Envio:** | **Ciudad:** | **Estado:** | **Zip:** |
|  |  |  |  |
| **Condado:** | **Tamaño del Hogar:** |
|  |  |
| **MIEMBROS DEL HOGAR:**Complete el siguiente para cada miembro de su hogar. Su hogar significa a sí mismo ya las personas que viven con usted. Incluya su nombre primero. (Adjunte una hoja separada si es necesario enumerar miembros adicionales del hogar.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s) de todos los miembros del hogar** | **Relación con el jefe de familia** | **fecha de nacimiento** | **Número De Seguro Social** |

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **5.** |
| **6.** |
| **7.** |
| **8.** |
| **9.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miembro del Hogar (s) con el ingreso** | **Empleador** | **Tipo de Ingreso****(Salarios, SSI, Soc.Sec., TANF, manutención de menores, VA, Pensiones / jubilación, etc.)** | **Cantidad de sueldo antes de impuestos o deducciones** | **Frecuencia de pago****semanal,****Bi-Semanal,****Dos veces al mes,****mensual** |

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **5.** |

|  |
| --- |
| **Ingresos de autoempleo:** |
| ¿Hay algún miembro de su hogar que trabajan por cuenta propia? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_No  |
| Si es así, complete la siguiente sección. El pago del alquiler de la propiedad, inquilinos, huéspedes, la agricultura, la ganadería, y / o el funcionamiento de su propio negocio es considerado como el autoempleo. Sírvanse proporcionar una copia del formulario de impuestos federales del año pasado (1040, Horarios F, C, E, en su caso, u otra prueba de los costes de autoempleo e ingresos). |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **miembro del Hogar** | **ocupación** | **tipo de negocio** | **Es el trabajo por cuenta propia la principal fuente de ingresos?** |

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **5.** |

|  |
| --- |
| **Students:** ¿Hay estudiantes en su hogar que reciben subsidios de educación, becas o préstamos? \_\_\_ Si\_\_\_ No. En caso afirmativo, completar las siguientes secciones. Sírvanse proporcionar verificación. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **miembro del Hogar** | **Importe de la subvención** | **Periodo de fondos en tiempo destina a cubrir** | **Tipo de pago (Pell Grant, BIA Grant, Préstamos, Becas)** | **Cantidad utilizada para pagar la matrícula, colegiatura y otras cuotas requeridas** |

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **5.** |

|  |
| --- |
| **Deducciones (Sírvanse proporcionar verificación):** |
| **Shelter Estándar Gasto / Utilidad**: ¿Alguien en su hogar paga, sobre una base mensual, los gastos por lo menos un refugio / utilidad? (\_\_\_\_)Si (\_\_\_\_)No. En caso afirmativo, tipo de gasto / utilidad refugio paga mensualmente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Cuidado de dependientes:** ¿Alguien en su hogar paga por el cuidado de un hijo u otro dependiente cuando sea necesario para un miembro de la familia a aceptar o continuar el empleo o para asistir a la formación o el ejercicio de la educación que es preparatoria para el empleo? (\_\_\_\_\_)Si (\_\_\_\_\_)No En caso afirmativo, el nombre y dirección de la persona que proporciona cuidado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cantidad pagada: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Frecuencia de pago (semanal, mensual, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Manutención De Los Hijos:** ¿Alguien en su hogar paga tribunal ordenó la manutención de un miembro no domésticos: (\_\_\_\_\_)Si (\_\_\_\_\_) No. Si sí, complete lo siguiente: Monto ordenó pagar: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto realmente pagado: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Exceso de Gastos Médicos:** ¿Hay alguien en su hogar de ancianos y / o discapacitados: \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_No. En caso afirmativo, complete lo siguiente: total mensual de gastos médicos, con exclusión de las dietas especiales: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Representante Autorizado:** Para autorizar a alguien fuera de su hogar para que actúe en su nombre y / o recoger su comida, completar esta sección. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre (s)** | **Dirección** | **Número De Teléfono** |

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |

|  |
| --- |
| **Racial y Étnica Recolección de datos:** *Esta información es de carácter voluntario*. Si usted no proporciona esta información, esto no afectará su elegibilidad para recibir beneficios. |

**1.** **¿Cuál es su categoría étnica?** \_\_\_\_\_ Hispano o Latino **O \_\_\_\_\_** No Hispano o Latino

**2. ¿Cuál es su raza? \_\_\_\_\_** American Indian **O** Alaska Native **\_\_\_\_\_** Asiático \_\_\_\_\_ Afroamericano

 \_\_\_\_\_ Native Hawaiian **O** Pacific Islander \_\_\_\_\_ Blanco

|  |
| --- |
| **Audiencia Imparcial:** Si no está de acuerdo con cualquier acción tomada en su caso, usted o su representante tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial. Usted puede solicitar una audiencia justa por escrito o por vía oral. Si usted solicita una audiencia imparcial, su caso puede ser representado por un miembro del hogar o un representante, como asesor legal, un pariente, un amigo u otro portavoz. Para solicitar una audiencia imparcial del contacto STOWW Commodity Directora de Alimentos en 253-589-7101. |
| **Pena de Advertencia:** Si su familia recibe alimentos del USDA, debe seguir las reglas a continuación. El incumplimiento de estas normas puede dar lugar a una reclamación monetaria que se interpuso en contra de la familia y / o descalificación de la participación en el Programa de Distribución de Alimentos.1. No hacer declaraciones falsas o engañosas, tergiversar, ocultar o retener hechos relativos a los ingresos, los recursos, el tamaño del hogar, y / o la participación en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) con el fin de obtener beneficios del Programa de Distribución de Alimentos, que su hogar no tiene derecho para recibir.
2. No mal uso (por ejemplo, el comercio o vender) alimentos del USDA.
3. No participar simultáneamente en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y el Programa de Distribución de Alimentos.
 |
| **Violación Intencional del Programa (IPV) Sanciones:** Si usted o algún miembro de su hogar infrinja consciente y voluntariamente las reglas anteriores se considera una Violación Intencional del Programa (IPV). Los miembros del hogar determinan ha cometido una IPV no será elegible para participar en el Programa de Distribución de Alimentos por un período de 12 meses por la primera violación, por un período de 24 meses para la segunda violación; y permanentemente por la tercera violación. Persona (s) cometer una IPV puede ser referido a las autoridades para su enjuiciamiento. Todas estas acciones anteriores deben ser revisados ​​por el director del programa para la firma. |
| **Autorización:** Autorizo ​​la divulgación de cualquier información o formularios necesarios para la Oficina de Distribución de Alimentos STOWW de individuos, empresas, escuelas, instituciones bancarias, agencias federales / estatales / tribales necesaria para determinar / verificar mi elegibilidad. Entiendo que esta información será utilizada únicamente para el fin de ayudar a documentar mi elegibilidad para los beneficios de distribución de alimentos. Esta autorización es bueno por 12 meses a partir de la fecha de la firma o hasta que yo la revoque por escrito. |
| **Autorización:** Autorizo ​​la divulgación de cualquier información o formularios necesarios para la Oficina de Distribución de Alimentos STOWW de individuos, empresas, escuelas, instituciones bancarias, agencias federales / estatales / tribales necesaria para determinar / verificar mi elegibilidad. Entiendo que esta información será utilizada únicamente para el fin de ayudar a documentar mi elegibilidad para los beneficios de distribución de alimentos. Esta autorización es bueno por 12 meses a partir de la fecha de la firma o hasta que yo la revoque por escrito. |

|  |
| --- |
| **Declaración de Certificación:** Certifico que he leído esta solicitud y que la información contenida en ella es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que debo cumplir con las reglas del programa y proporcionar documentación adicional, si es necesario, y que la falsificación de información en este formulario puede ser motivo de descalificación y / o acción de reclamación. Además, entiendo que debo informar dentro de los 10 días naturales después de que el cambio se hace conocido los siguientes cambios: un cambio en el tamaño del hogar o la composición; un aumento de los ingresos brutos mensuales o más de $ 100; un cambio de residencia / dirección; cuando el hogar ya no incurre en un gasto de refugio o utilidad; o un cambio en la obligación legal de pagar la manutención de niños. |

**Firma Del Aplicante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. |
| Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: <http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf>. 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 Rights1400 Independence Avenue, SWWashington, D.C. 20250-9410;(2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. |