

# SOLICITUD PARA LOS BENEFICIOS DE CALFRESH EN CASO DE DESASTRE

**SÓLO PARA USO DEL CONDADO**

CASE NUMBER

WORKER

DATE RECEIVED

Período de beneficios por desastre: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN IMPORTANTE – LEA CUIDADOSAMENTE**

**SUS DERECHOS COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO:**

- A que se le atienda sin considerar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, sexo, impedimento, o edad; y a presentar una queja si piensa que se le ha discriminado.
- A recibir los beneficios de CalFresh en caso de desastre dentro del plazo de uno a tres días consecutivos contados a partir de la fecha que presente la solicitud, si reúne los requisitos.
- A hablar con el Departamento de Bienestar del Condado sobre cualquier acción relacionada con su caso y a pedir una audiencia con el Estado dentro del plazo de 90 días contados a partir de la fecha en que se apruebe o se niegue la solicitud.
- A que un supervisor haga una revisión inmediata de su caso si se niega su solicitud.
- A presentar una queja o pedir una audiencia con el Estado escribiéndole al Departamento de Bienestar del Condado en su localidad o llamando al número gratuito 1-800-952-5253. El número gratuito para sordos (TDD) es el 1-800-952-8349.
- A representarse a sí mismo en una audiencia con el Estado o a que le represente un miembro del hogar, un amigo, un abogado, o cualquier otra persona.
- A dejar que un miembro de su grupo, u otro adulto que lo conozca a usted, complete esta solicitud. Si la solicitud se completa por otra persona que no es miembro de su hogar, adjunte un permiso por escrito firmado por el jefe de la familia u otro miembro adulto del hogar.

**SUS RESPONSABILIDADES COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO:**

- Contestar las preguntas, lo mejor que pueda, de manera completa y verdadera. Si usted se rehúsa a proporcionar cualquiera de la información necesaria, no recibirá los beneficios de CalFresh en caso de desastre.
- Durante su entrevista, usted tiene que verificar la identidad del jefe de la familia, la identidad de la persona que complete la solicitud, y si es posible, presentar pruebas del domicilio del hogar y/o dirección del trabajo cuando ocurrió el desastre.
- Usted tiene que cooperar con el personal del Condado, del Estado y del gobierno federal, si usted es seleccionado para que se haga una revisión de su caso después del período de desastre.

- Usted puede autorizar a otra persona para que reciba por usted o use sus beneficios de CalFresh en caso de desastre. Si desea autorizar a alguien, complete la información a continuación:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN, INCLUYENDO LA CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL	
<input type="checkbox"/> SOLAMENTE RECOGER LA TARJETA DE EBT (TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS)	<input type="checkbox"/> RECOGER LA TARJETA DE EBT PARA COMPRAR ALIMENTOS PARA EL HOGAR

**¡ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES!**

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE CALFRESH EN CASO DE DESASTRE, USTED TIENE QUE SEGUIR LAS REGLAS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN. EL NO REPORTAR INFORMACIÓN O EL FALSIFICAR LOS HECHOS PUEDE RESULTAR EN EL ENJUICIAMIENTO LEGAL CON SANCIONES DE MULTA, ENCARCELAMIENTO O AMBAS COSAS. LAS SANCIONES PUEDEN CAUSAR DESCALIFICACIÓN DEL PROGRAMA, MULTAS DE HASTA \$250,000 DÓLARES O ENCARCELAMIENTO POR HASTA 20 AÑOS. LAS SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN SON DE 12 MESES POR LA PRIMERA OFENSA, 24 MESES POR LA SEGUNDA OFENSA Y DESCALIFICACIÓN PERMANENTE POR LA TERCERA OFENSA.

- No dé información falsa, ni retenga información para obtener los beneficios de CalFresh en caso de desastre.
- No cambie ni venda sus beneficios de CalFresh, ni cualquier otra autorización para beneficios.
- No altere su tarjeta de EBT, ni ninguna otra autorización, con el fin de obtener los beneficios de CalFresh a los cuales no tiene derecho a recibir.
- No use los beneficios de CalFresh en caso de desastre para comprar artículos que no estén autorizados, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use para su hogar los beneficios de CalFresh en caso de desastre, las tarjetas de EBT, ni cualquier otra autorización para beneficios que pertenezcan a otra persona.

**INSTRUCCIONES:** Por favor, complete las preguntas de este formulario en relación a las circunstancias que se esperan durante el período de beneficios por desastre indicado arriba.

NOMBRE (JEFE DEL HOGAR)	
DIRECCIÓN PERMANENTE CUANDO OCURRIÓ EL DESASTRE	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN TEMPORAL	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN PARA EL CORREO	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN DEL TRABAJO CUANDO OCURRIÓ EL DESASTRE	NÚMERO DE TELÉFONO

**SÓLO PARA USO DEL CONDADO**

Disaster Application

Can the identify of the authorized representative be verified?  
 YES  NO  
 Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?  
 YES  NO  
 Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?  
 YES  NO  
 Type of verification:

Is work address in the disaster area?  
 YES  NO  
 Type of verification:

Can the household's residence be verified?  
 YES  NO  
 Type of verification:

**PARTE A – SITUACIÓN DEL HOGAR. (Usted tiene que marcar "SÍ" o "NO" para cada pregunta.)**

- ¿Estaba alguna persona de su hogar viviendo  trabajando  o ambas cosas  (marque la casilla apropiada) en el área donde ocurrió el desastre?
- ¿Usted no puede tener acceso a los ingresos o recursos monetarios del hogar?  SÍ  NO
- ¿Se han reducido, retrasado, o suspendido sus ingresos o recursos monetarios debido al desastre?  SÍ  NO
- ¿Va usted a comprar alimentos y preparar comidas durante el período de beneficios por desastre?  SÍ  NO
- ¿Alguna persona en su hogar trabaja para \_\_\_\_\_?  SÍ  NO  
NOMBRE DE LA OFICINA DE CALFRESH DEL CONDADO/ESTADO

**PARTE B – MIEMBROS DEL HOGAR**

5. Anote los nombres de todas las personas que están solicitando los beneficios de CalFresh en caso de desastre. Incluya solamente las personas **que estaban viviendo con usted cuando ocurrió el desastre**. Si debido al desastre, usted se está quedando temporalmente en otro hogar, **no anote los miembros de ese hogar**. \*El anotar el número de Seguro Social (SSN) es voluntario. El SSN se usará solamente para el propósito de identificación.

NOMBRE (JEFE DEL HOGAR) (HH)		SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
a.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
b.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
c.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
d.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
e.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
f.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	SSN*	FECHA DE NACIMIENTO
g.			

**PARTE C – INGRESOS/RECURSOS/GASTOS**

6. a. ¿Cuál es la cantidad total neta que le pagan y lleva a su casa y/u otros ingresos que todas las personas mencionadas arriba han recibido o recibirán durante el período de beneficios por desastre \$ \_\_\_\_\_  
 b. Anote todas sus fuentes de ingresos:

7. Anote todos los recursos en efectivo que las personas mencionadas arriba podrán obtener durante el período de beneficios por desastre. No incluya el dinero que haya anotado en el número 6.

Dinero en efectivo	Cuentas de ahorros	Cuentas de cheques	Otros recursos
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. Anote la cantidad de gastos por pérdidas o daños, relacionados con el desastre, que ha pagado o espera pagar durante el período de desastre. No anote las cantidades que pagarán personas que no estén anotadas arriba o que se le reembolsarán durante el período de desastre. Los gastos elegibles pueden incluir algunos de los siguientes:

- a. Gastos para reparar daños a la casa del hogar u otros bienes esenciales para el empleo o el empleo por cuenta propia de un miembro del hogar. \$ \_\_\_\_\_
- b. Gastos de vivienda temporal si la casa está inhabitable o si no se puede llegar a ella. \$ \_\_\_\_\_
- c. Gastos para mudarse del área que se tuvo que evacuar debido al desastre. \$ \_\_\_\_\_
- d. Gastos para proteger una casa o negocio del daño de un desastre. \$ \_\_\_\_\_
- e. Gastos médicos debido a una lesión personal. \$ \_\_\_\_\_
- f. Gastos de funeral a causa del desastre. \$ \_\_\_\_\_
- g. Cuotas para albergar a una mascota a causa del desastre. \$ \_\_\_\_\_
- h. Gastos para reemplazar artículos personales y del hogar, tales como ropa, artículos domésticos, herramientas y materiales de educación. \$ \_\_\_\_\_
- i. Combustible para una fuente de calor principal. \$ \_\_\_\_\_
- j. Gastos de artículos para limpieza. \$ \_\_\_\_\_
- k. Gastos de vehículos dañados por el desastre. \$ \_\_\_\_\_
- l. Gastos para almacenamiento. \$ \_\_\_\_\_

9. a. ¿Está alguna de las personas mencionadas arriba actualmente recibiendo beneficios de CalFresh?  SÍ  NO  
 Si la respuesta es "SÍ", ¿Quién? \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Asignación mensual \_\_\_\_\_  
 b. ¿Solicitaron o recibieron el reemplazo de beneficios de CalFresh para este mes?  SÍ  NO  
 Si la respuesta es "SÍ", ¿cuánto recibieron o recibirán? \_\_\_\_\_

**SU CERTIFICACIÓN**

Certifico que entiendo las preguntas de la solicitud y que mi hogar necesita asistencia en la forma de beneficios de CalFresh en caso de desastre. He leído la advertencia anterior sobre sanciones (o me lo han leído). Autorizo a que se divulgue cualquier información necesaria para determinar si es verdad que reúno los requisitos. Si se me selecciona, cooperaré plenamente con el personal del Condado, Estado y gobierno federal en la revisión que se llevará a cabo después del período de beneficios por desastre. También entiendo que se puede requerir que devuelva lo que se me pague en exceso a causa de que yo, otro miembro adulto de mi hogar, o el representante autorizado reporte información incorrecta o incompleta.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en mi solicitud es verdadera, correcta y completa.

FIRMA (MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

FECHA

TESTIGO, SI USTED FIRMÓ CON UNA "X"

FECHA

**SÓLO PARA USO DEL CONDADO**

Household size for the number of persons listed in 5 \_\_\_\_\_

**Computation**

- A. Anticipated Income (from 6) \$ \_\_\_\_\_
- B. Accessible Cash Resources (from 7) + \$ \_\_\_\_\_
- C. Total disaster period income = (A+B) \$ \_\_\_\_\_
- D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) - \$ \_\_\_\_\_
- E. Accessible disaster period income = (C-D) \$ \_\_\_\_\_
- F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ \_\_\_\_\_

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible:  YES  NO

**Allotment**

- 1. Disaster Allotment (from Table) \$ \_\_\_\_\_
- 2. Regular Allotment Already Received - \$ \_\_\_\_\_
- 3. Net Disaster Allotment (1-2) = \$ \_\_\_\_\_

EBT Card Number issued

# \_\_\_\_\_

YES  NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE