|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SAMPLE APPLICATION FOR DISASTER SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE (D-SNAP)**  **DO NOT WRITE IN SHADED AREAS** | | | | | | | | **Disaster Benefit Period**  Begin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ End:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Application Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **INSTRUCTIONS: Complete this application honestly and to the best of your knowledge. If your household knows but refuses to give any required information, it will not be eligible to receive D-SNAP benefits. When you are interviewed, you must show identification and may be required to verify your residency {inset “place of work” if applicable to disaster} in the disaster area at the time of the disaster, household composition, and disaster-related expenses. You can authorize someone outside your household to apply for, receive, or use your Disaster Supplemental Nutrition Assistance benefits.** | | | | | | | | | | | | | |
| Head of Household | | | | Verified | | Authorized Representative | | | | | | | |
| Permanent Home Address with zip code | | | | Verified | | Temporary Address and Telephone Number (if different) | | | | | | | |
| Phone Number(s):  ***SAMPLE ONLY-NOT FOR CLIENT USE*** | | | | Mailing Address (if different) with zip code | | | | | | | |
| County: | | | |
| **PART A – HOUSEHOLD SITUATION** | | | | | | | | | | | | | |
| Was your household living **{inset “working” if applicable to disaster}** in the disaster area at the time of the disaster? If yes, please answer the following questions: | | | | | | | | | | | YES | | NO |
| Did the disaster damage or destroy your home or self-employment property? | | | | | | | | | | |  | |  |
| Does your household have any additional expenses as a result of the disaster? | | | | | | | | | | |  | |  |
| Does your household plan to buy food before {insert end date of disaster period}? | | | | | | | | | | |  | |  |
| Did the disaster delay, reduce or stop any of your household’s income? | | | | | | | | | | |  | |  |
| Does your household have money in checking/savings accounts which you cannot get to because the bank is closed or inaccessible due to the disaster? | | | | | | | | | | |  | |  |
| Is anyone in your household employed by (insert name of State SNAP agency)? | | | | | | | | | | |  | |  |
| Are you a current Supplemental Nutrition Assistance (Food Stamp Program) participant?  If yes, State: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |  | |  |
| List the members of your household, including yourself, who were living and eating with you at the time of the disaster. List each household member’s social security number (SSN) if available. Applicants are *not required* to have or give their Social Security Number on this application in order to qualify for D-SNAP. Also list each household member’s date of birth, sex, race and source and amount of take-home pay. List any other income your household members have received or expect to receive during the D-SNAP benefit period (list start/end dates). **DO NOT INCLUDE PEOPLE WHO WERE NOT PART OF YOUR HOUSEHOLD WHEN THE DISASTER HAPPENED.** **IF YOU ARE TEMPORARILY STAYING WITH ANOTHER HOUSEHOLD BECAUSE OF THE DISASTER, DO NOT LIST MEMBERS OF THAT HOUSEHOLD.** | | | | | | | | | | | | | |
| **PART B – HOUSEHOLD MEMBERS (Attach paper for more space)** | | | | | | | | | **PART C – INCOME** | | | | |
| First Name / Last Name | Social Security No.  (if available) | | Birth Date | | Sex | | Race | | Source/Type | | | Amount | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | ***SAMPLE ONLY-NOT FOR CLIENT USE*** | |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| **PART D – RESOURCES**  List all cash your household will be able to get to during the disaster | | | **PART E – EXPENSES**  **List disaster-caused expenses that your household paid or expects to pay during this disaster. DO NOT INCLUDE EXPENSES THAT WERE PAID OR WILL BE PAID BY SOMEONE OUTSIDE YOUR HOUSEHOLD.** | | | | | | | | | | |
|  | | AMOUNT |  | | | | | | | AMOUNT | | | |
| Checking accounts | |  | Dependent care due to disaster | | | | | | |  | | | |
| Saving accounts | |  | Funeral/medical expenses due to disaster | | | | | | |  | | | |
| Cash on hand | |  | Moving and storage costs due to disaster | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Temporary shelter expenses | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Cost to protect property during disaster | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Cost to repair/replace home or self-employment property | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Other disaster-related expenses | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Food destroyed in disaster | | | | | | |  | | | |
| **PART F – CERTIFICATION AND SIGNATURE** | | | | | | | | | | | | | |
| I understand the questions on this application and the penalties for hiding or giving false information. My household is in need of immediate food assistance as a result of the disaster. I certify, under penalty of perjury, that the information I have given is correct and complete to the best of my knowledge. I also authorize the release of any information necessary to determine the correctness of my certification. I understand that if I disagree with any action taken on my case, I have the right to request a fair hearing orally or in writing.  APPLICANT, AUTHORIZED REPRESENTATIVE, OR WITNESS (if signed with an X)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **PART G – PENALTY WARNING** |
| If your household gets Supplemental Nutrition Assistance benefits, it must follow the rules listed below. This application is subject to review by Federal and State authorities to make sure you were eligible for disaster aid.  ***SAMPLE ONLY-NOT FOR CLIENT USE***  **DO NOT give false information or hide information to get or to continue to get Supplemental Nutrition Assistance benefits.**  **DO NOT give or sell** **Supplemental Nutrition Assistance benefits or authorization documents to anyone not authorized to use them.**  **DO NOT alter any Supplemental Nutrition Assistance authorization documents to get benefits you are not entitled to.**  **DO NOT use Supplemental Nutrition Assistance benefits to buy unauthorized items such as alcohol or tobacco.**  **DO NOT use another household’s Supplemental Nutrition Assistance benefits or authorization documents for your household.** |

*The U.S Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual’s income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department.  (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the* [*USDA Program Discrimination Complaint Form*](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf)*, found online at* [*http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html*](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)*, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at* [*program.intake@usda.gov*](mailto:program.intake@usda.gov)*.  Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish).   For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the* [*State Information/Hotline Numbers*](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) *(click the link for a listing of hotline numbers by State); found online at* [*http://www.fns.usda.gov/snap/contact\_info/hotlines.htm*](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)*. USDA is an equal opportunity provider and employer.*

***SAMPLE ONLY-NOT FOR CLIENT USE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE AyudA para nutrición EN SITUACIONES DE DESASTRE (D-SNAP)**  **NO ESCRIBA EN LAS SECCIONES SOMBREADAS.** | | | | | | | | | **Período de Beneficio en Caso de Desastre**  Inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Fecha de Solicitud:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **INSTRUCCIONES: Complete la presente solicitud honestamente según su leal saber y entender. Si su unidad familiar conoce, pero se niega a dar cualquier dato solicitado, no será elegible para recibir ayuda para nutrición. Cuando lo entrevisten, deberá presentar una identificación. Deberá presentar documentación que pruebe que su unidad familiar vivía {insertar “o trabajaba” si corresponde a la situación de desastre} en la zona de desastre al momento de ocurrido el desastre, los edades, generos de los miembros de su familia, y egresos relacionados al desastre. Usted puede autorizar a alguien ajeno a su unidad familiar para que solicite, reciba o utilice su ayuda para nutrición en situaciones de desastre.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jefe de la Unidad Familiar | | | | | Verificado | Representante Autorizado | | | | | | | | | |
| Dirección Particular Permanente con Código Postal | | | | | Verificado  ***SAMPLE ONLY-NOT FOR CLIENT USE*** | Dirección Temporal y Número de Teléfono (si son diferentes) | | | | | | | | | |
| Número de Teléfono | | | | | Dirección Postal (si es diferente) con código postal | | | | | | | | | |
| Condado: | | | | |
| **SECCIÓN A – SITUACIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Su unidad familiar vivía **{insertar “o trabajaba” si corresponde a la situación de desastre}** en la zona de desastre al momento de ocurrido el desastre? Si responde que sí, conteste las siguientes preguntas: | | | | | | | | | | | | | | SÍ | NO |
| ¿El desastre dañó o destruyó su casa o la propiedad donde trabaja por cuenta propia? | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| ¿Como consecuencia del desastre, ¿su unidad familiar tiene algún gasto adicional? | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| ¿Su unidad familiar planea comprar alimentos antes del {insertar fecha de finalización del período de desastre}? | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| ¿El desastre retrasó, redujo o interrumpió cualquiera de los ingresos de su unidad familiar? | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| ¿Su unidad familiar tiene dinero depositado en cuentas corrientes o cuentas de ahorro a las que no puede acceder porque el banco está cerrado debido al desastre? | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| ¿Participa actualmente en SNAP (el programa de cupones para alimentos)?  Si responde que sí, indique Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| ¿Alguien en su familia tiene empleo en (insert name of State SNAP agency)? | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Indique los integrantes de su unidad familiar, incluido usted, que se vieron afectados por el desastre y que viven y se alimentan en su unidad familiar. Indique el número de seguro social de cada integrante de la unidad familiar si está disponible. No obstante, los solicitantes *no están obligados* a tener o dar un número de seguro social en esta solicitud, a fin de tener derecho a recibir Ayuda Para Nutrición en Situaciones de Desastre. Además, indique la fecha de nacimiento, el sexo, la raza (opcional) y la fuente y el monto de ingresos netos de cada integrante de la unidad familiar. Indique cualquier otro ingreso que los integrantes de su unidad familiar hayan recibido o esperen recibir mientras esté vigente el Programa de Ayuda para Nutrición en Situaciones de Desastre.  **NO INCLUYA A PERSONAS QUE NO INTEGRABAN SU UNIDAD FAMILIAR CUANDO OCURRIÓ EL DESASTRE.**  **SI DEBIDO AL DESASTRE SE ENCUENTRA VIVIENDO TEMPORALMENTE CON OTRA UNIDAD FAMILIAR, NO INCLUYA A LOS INTEGRANTES DE DICHA UNIDAD FAMILIAR.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN B – INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR (Agregue hojas si necesita más espacio)** | | | | | | | | | | **SECCIÓN C – INGRESOS** | | | | | |
| Nombre / Apellido | Nº de Seguro Social | | | Fecha de Nacimiento | | | Sexo | Raza  (opcional) | | | Fuente / Tipo | | Monto | | |
|  |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | | ***SAMPLE ONLY-NOT FOR CLIENT USE*** | | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |
| SECCIÓN D – RECURSOS  Indique todo el dinero al que su unidad familiar *podrá* tener acceso durante el período de beneficio en caso de desastre. | | | SECCIÓN E – GASTOS  **Indique los gastos *provocados por el desastre* que su unidad familiar pagó o espera pagar durante este desastre.**  **NO INCLUYA GASTOS QUE FUERON O SERÁN PAGADOS POR ALGUIEN AJENO A SU UNIDAD FAMILIAR. NO INCLUYA GASTOS QUE LE FUERON O LE SERÁN REEMBOLSADOS ANTES DEL FINAL DEL PERÍODO DE BENEFICIO EN CASO DE DESASTRE.** | | | | | | | | | | | | |
|  | | MONTO |  | | | | | | | | | MONTO | | | |
| Cuentas corrientes | |  | Gastos del cuidado de los dependientes | | | | | | | | |  | | | |
| Cuentas de ahorros | |  | Gastos de funeral o médicos por lesiones personales | | | | | | | | |  | | | |
| Dinero en efectivo | |  | Gastos de evacuación | | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Gastos de albergue temporal | | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Costos de protección de vivienda o propiedad comercial | | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Gastos de reparación de vivienda o propiedad comercial | | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Otros gastos por el desastre | | | | | | | | |  | | | |
|  | |  | Gastos de almacenamiento | | | | | | | | |  | | | |
| **SECCIÓN F – CERTIFICACIÓN Y FIRMA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entiendo las preguntas de esta solicitud y las sanciones por ocultar datos o suministrar información falsa. Mi unidad familiar necesita asistencia alimentaria inmediata como consecuencia del desastre. Certifico, bajo pena de falso testimonio, que la información que he suministrado es correcta y está completa a mi leal saber y entender. Además, autorizo la divulgación de toda información necesaria para determinar la exactitud de mi certificación. Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier medida que se tome en mi caso, tengo derecho a solicitar oralmente o por escrito una audiencia justa e imparcial.  SOLICITANTE, REPRESENTANTE AUTORIZADO O TESTIGO (si firma con una X)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***SAMPLE ONLY-NOT FOR CLIENT USE*** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN G – ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES** |
| **Si su unidad familiar recibe ayuda para nutrición, debe observar las siguientes reglas. Podemos seleccionar su unidad familiar para un control federal o estatal en algún momento luego de que reciba sus beneficios de ayuda para nutrición, a fin de asegurarnos de que usted era elegible para recibir ayuda para nutrición en situación de desastre.**  **NO dé información falsa ni oculte información para obtener o continuar obtener ayuda para nutrición en situación de desastre.**  **NO dé ni venda los beneficios de ayuda para nutrición o la documentación de autorización.**  **NO modifique ninguna documentación de autorización a fin de obtener ayuda para nutrición a los que no tiene derecho.**  **NO utilice los beneficios de ayuda para nutrición a fin de comprar artículos no autorizados como alcohol o tabaco.**  **NO utilice los beneficios de ayuda para nutrición ni la documentación de autorización de otra unidad familiar para su unidad familiar** |

*El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés “USDA”) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el* [*USDA Program Discrimination Complaint Form*](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf) *(formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en* [*http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html*](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)*, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication,  
1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a* [*program.intake@usda.gov*](mailto:program.intake@usda.gov)*. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). Para obtener más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a* [*State Information/Hotline Numbers*](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) *(dé clic en el enlace para obtener un listado de números de línea directa por estado); lo puede encontrar en internet en* [*http://www.fns.usda.gov/snap/contact\_info/hotlines.htm*](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)*. El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.*

***SAMPLE ONLY-NOT FOR CLIENT USE***