

**ESTADO DE ALABAMA - ASISTENCIA ALIMENTICIA  
SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA LAS PERSONAS MAYORES**

Case Number _____
Application Date _____
County _____

**Esta solicitud es para personas que solicitan asistencia alimenticia cuando:**

- Todos los integrantes del hogar que solicitan asistencia alimenticia tienen 60 años o más o
- Todos los miembros de la vivienda tienen 60 años o más y compran y preparan comida por separado de otras personas en el hogar y
- Ningún miembro de la vivienda que solicita asistencia alimenticia recibe ingresos del trabajo.

**Usted puede presentar esta solicitud completando al menos su nombre, dirección y firmando el formulario. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a la línea directa 1-800-438-2958.**

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. prohíbe la discriminación hacia sus clientes, empleados y solicitantes de empleo en cuanto a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, en los casos en que corresponda, las creencias políticas, el estado civil, la situación familiar o de los padres o la orientación sexual. De lo contrario, el ingreso completo o parcial de un individuo se derivará de cualquier programa de asistencia pública o de la información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad conducida o fundada por el Departamento. (No todas las bases de prohibición se aplican a todos los programas o actividades laborales).

Si usted desea presentar una queja del programa de Derechos Civiles por discriminación, complete el **Formulario del Programa USDA de Quejas por Discriminación** que puede encontrar en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina USDA. También puede llamar al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Además, puede redactar una carta que contenga toda la información solicitada en el informe. Envíenos por correo su formulario o carta de quejas completa al Departamento de Agricultura de los EE. UU., a la Oficina de Adjudicaciones, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7422 o envíe un correo a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Los individuos sordos, con problemas de audición o que tengan discapacidades del habla pueden contactarse con la USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (español).

Para más información con respecto a los problemas del Programa de Asistencia de Alimentación Complementaria (SNAP por sus siglas en inglés), las personas deben contactarse tanto al número de línea directa de la USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está disponible en español o llamar a los **números de información estatal/línea directa** (haga clic para una lista de números de línea directa por estado); se pueden encontrar en línea en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades igualitarias

**Díganos quién es y en dónde vive.**

Su nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_  
(Primero, segundo, apellido)

Dirección postal \_\_\_\_\_ Dirección donde vive (si es diferente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono o número para dejar mensajes \_\_\_\_\_ ((debemos poder contactarlo en este número de 8 a 5 de lunes a viernes))

**Servicios expeditivos**

**Si aún no está certificado para obtener asistencia alimenticia este mes, puede obtener asistencia alimenticia dentro de 7 días si su hogar tiene poco o nada de dinero. Si desea ver si califica para Servicios expeditivos, responda estas preguntas.**

1. ¿Cuánto tienen en efectivo o en una cuenta corriente los miembros de su vivienda? \$ \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el monto total de ingreso que recibió o espera recibir este mes, incluido el dinero en efectivo? \$ \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto es su alquiler/pago de hipoteca mensual? \$ \_\_\_\_\_ Servicios aparte del teléfono \$ \_\_\_\_\_
4. ¿Usted o alguien en su vivienda recibieron o esperan recibir beneficios de asistencia alimenticia este mes? Sí  No   
Si la respuesta es sí, de parte de quién. \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE AUTORIZADO**

¿Desea darle permiso a alguien más para solicitar u obtener beneficios de asistencia alimenticia por usted? Sí  No

Persona responsable de hacer la solicitud por usted. \_\_\_\_\_ Persona responsable de obtener una tarjeta EBT para comprar provisiones para usted. \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**1. Enumere a todos por los que está solicitando asistencia alimenticia. DEBE incluir a su cónyuge, si está viviendo con usted.**

Número de seguro social	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Raza	Ciudadano de los EE. UU.	Relación con usted
								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Usted
								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**2. Enumere a todos los que viven en su vivienda con quienes usted no compra y prepara sus comidas.**

**ADJUNTE OTRA HOJA SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA LOS MIEMBROS DE SU HOGAR.**

Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento	¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le da alguna suma de dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le da alguna suma de dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le da alguna suma de dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le da alguna suma de dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**ADJUNTE OTRA HOJA SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA LOS MIEMBROS QUE NO SON DE SU HOGAR.**

**3. ¿Usted o cualquier miembro en su grupo familiar de asistencia alimenticia ha cometido un delito o está en libertad condicional/libertad bajo palabra? Sí  No**

**4. ¿Usted o alguien en su grupo familiar de asistencia alimenticia ha sido condenado por un delito que involucrara drogas ocurrido después del 22 de agosto de 1996? Sí  No**

5. Indíquenos **TODOS** los ingresos que recibe su grupo familiar de asistencia alimenticia. Los tipos de ingreso pueden incluir Seguro Social, SSI, pensiones o jubilación, beneficios para veteranos, manutención infantil, dinero de familiares o amigos, desempleo, jubilación de ferroviarios, dividendos, intereses o cualquier otro ingreso. \* **Monto antes de aplicar deducciones.**

Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	*Monto bruto mensual

**6. Cuéntenos sobre sus gastos de vivienda.**

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pago	Cuán a menudo
Pago de hipoteca o alquiler			
Alquiler de lote para casa rodante			
Impuestos a la propiedad sobre su hogar **			
Seguro de propietario de vivienda **			

\*\* Enumere solo si estos gastos se pagan aparte de la hipoteca

**7. Cuéntenos sobre sus gastos de servicios públicos.**

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pago	Cuán a menudo
Electricidad			
Gas			
Agua			
Basura			
Teléfono			

8. ¿Cómo calienta su hogar? Gas  Electricidad  Leña  Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene aire acondicionado? Sí  No

9. ¿Ha recibido ayuda del Programa de Asistencia con la Energía para Hogares con Bajos Ingresos o espera obtener LIHEAP?

Sí  No  Si la respuesta es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_.

10. ¿Alguien en su grupo familiar de asistencia alimenticia paga gastos médicos de bolsillo? Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, enumere cada tipo de gasto que esté pagando y proporcione una constancia.

Ejemplo: (recetas, visitas al médico, facturas del hospital, seguro de salud, primas de Medicare, transporte, etc.)

**SI NO SE INCLUYE UNA CONSTANCIA, NO SE DARÁ UNA DEDUCCIÓN POR ESTOS GASTOS.**

Gasto médico	Monto mensual	Gasto médico	Monto mensual

11. ¿Alguien en su grupo familiar de asistencia alimenticia paga manutención infantil obligada por ley a alguien o para alguien que no vive en su hogar? Sí  No  Si la respuesta es sí, enumere el monto que paga por mes \$ \_\_\_\_\_ y brinde una constancia para recibir la deducción apropiada. Ejemplo: (una copia de la orden del tribunal o una declaración de DHR).

Certifico bajo pena de perjurio, que la información que yo o mi representante hemos brindado anteriormente es verdadera según mi leal saber y entender. Doy permiso al Departamento de Recursos Humanos para que realice cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Sé que podría ser penalizado si a sabiendas doy información falsa o si oculto información. Certifico que recibí el Folleto de derechos y responsabilidades.

12. Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo si firmó con una "x": \_\_\_\_\_

**Registro del votante**

**SI NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN DONDE VIVE AHORA, ¿QUISIERA SOLICITAR REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY?**

Sí, quisiera registrarme para votar. Haga clic en el vínculo: [Secretaría de Estado](#)

Sí, estoy registrado pero quisiera cambiar mi dirección con el fin de votar.

No, no deseo solicitar registrarme para votar.

**Si no marca ningún casillero, se considerará que optó por no registrarse para votar en esta oportunidad.**

Solicitar registrarse para votar o no hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que reciba de esta agencia.

Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud para registrarse para votar, podemos ayudarlo. Puede buscar asistencia con el formulario de solicitud buscando asistencia al momento de su entrevista o llamando al Departamento local de Recursos Humanos ubicado en su condado.

La decisión de buscar o aceptar ayuda corre por cuenta suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si elige solicitar registrarse para votar o si rechaza registrarse para votar, la información en el formulario de solicitud o rechazo permanecerá confidencial y solamente se utilizará para fines de inscripción del votante.

Si considera que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar o rechazar registrarse para votar, con su derecho de privacidad sobre decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en State Capitol, 600 Dexter Avenue Suite E-208, Montgomery, AL 36130 o llamando al 334-242-7210 o al 1-800-274-VOTE (1-800-274-8683).

# State of Alabama Agency-Based Voter Registration Form

NVRA-1B-H  
2015.02.09

**FOR USE BY U.S. CITIZENS ONLY** ♦ **FILL IN ALL BOXES ON THIS FORM** ♦ **PLEASE USE INK** ♦ **PRINT LEGIBLY**

To register to vote in the State of Alabama, you must:

- ▶ Be a citizen of the United States.
- ▶ Reside in Alabama.
- ▶ Be at least 18 years of age on or before election day.
- ▶ Not have been convicted of a disqualifying felony, or if you have been convicted, you must have had your civil rights restored.
- ▶ Not have been declared "mentally incompetent" by a court.

### FOR USE BY AGENCY OFFICIAL ONLY

Check one (1) box:

- Registrars
- Motor Voter
- State Designated Agency
- Agency-Based
- Disabilities Services Office

\_\_\_\_\_  
Signature of Agency Representative

\_\_\_\_\_  
Business Phone of Agency Representative

**ID requested:** You may send with this application a copy of valid photo identification. You will be required to present valid photo identification when you vote at your polling place or by absentee ballot, unless exempted by law. For more information, go to [www.AlabamaVoterID.com](http://www.AlabamaVoterID.com) or call the Elections Division: 800-274-8683.

<b>① Are you a citizen of the United States of America?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>ATTENTION! If you answer "No" to either of these questions, do not complete this application.</b>
<b>② Will you be 18 years of age on or before election day?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

<b>③ Print Your Name:</b>	<b>Alabama Driver's License or Non-Driver ID Number:</b>						
First _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 60%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">STATE</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">NUMBER</td> </tr> </table>				STATE		NUMBER
STATE		NUMBER					

<b>④ Print Maiden Name / Former Name (if reporting a change of name)</b>	<b>IF YOU HAVE NO ALABAMA DRIVER'S LICENSE OR ALABAMA NON-DRIVER ID NUMBER</b>								
First _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: 8px;">Last four digits of Social Security number:</td> </tr> </table>					Last four digits of Social Security number:			
Last four digits of Social Security number:									

<b>⑤ Date of Birth (mm/dd/yyyy)</b>	<b>⑥ Primary Telephone</b>	<b>⑦ Email Address</b>
_____	( ) _____	_____

<b>Addresses</b>	<b>Current</b>	<b>Address where you live: (Do not use post office box)</b>	Home Address (include apartment or other unit number if applicable)	City	State	ZIP
	<b>Old</b>	<b>Address where you receive your mail:</b>	Mailing Address, if different from Home Address	City	State	ZIP
	<b>Address where you were last registered to vote: (Do not use post office box)</b>	Former Address	City	County	State	ZIP

<b>⑨ Sex (check one)</b>	<b>⑪ Place of Birth</b>
<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	City _____ County _____ State _____ Country _____

<b>⑩ Race (check one)</b>	<b>⑫ Map / Diagram</b>	<b>⑬ Did you receive assistance?</b>
<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other	If your home has no street number or name, please draw a map of where your house is located. Please include roads and landmarks.	If you are unable to sign your name, who helped you fill out this application? Give name, address, and phone number (phone number is optional).

**REGISTRARS USE ONLY**

DATE  APPROVED  DENIED

\_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)

County Pct \_\_\_\_\_

City Pct \_\_\_\_\_

Board member \_\_\_\_\_

Board member \_\_\_\_\_

Board member \_\_\_\_\_

**Voter Declaration - Read and Sign Under Penalty of Perjury**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ I am a U.S. citizen</li> <li>▶ I live in the State of Alabama</li> <li>▶ I will be at least 18 years of age on or before election day</li> <li>▶ I am not barred from voting by reason of a disqualifying felony conviction</li> <li>▶ I have not been judged "mentally incompetent" in a court of law</li> </ul>	<p>I solemnly swear or affirm to support and defend the constitution of the United States and the State of Alabama and further disavow any belief or affiliation with any group which advocates the overthrow of the governments of the United States or the State of Alabama by unlawful means and that the information contained herein is true, so help me God.</p>
--	--

**YOUR SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **DATE** (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

**If you falsely sign this statement, you can be convicted and imprisoned for up to five years.**

The decision to register to vote is yours. If you decide to register to vote, the office at which you are submitting this application will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you decline to register to vote, your decision will remain confidential and will be used only for voter registration purposes.